

# **FIRSTCAROLINACARE INSURANCE COMPANY, INC.**

**2008 CERTIFICADO DE COBERTURA**

**Plan de Punto de Servicio**

**ESTE CERTIFICADO DE COBERTURA INCLUYE UNA EXCLUSIÓN DE  
CONDICIÓN PREEXISTENTE**

**ESTO ES UN CONTRACTO LEGAL. LEA SU POLÍZA CON CUIDADO.**

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CANCELACIÓN – POR FAVOR LEA LA SECCIÓN  
TITULADA “CUANDO SE TERMINA LA COBERTURA” EN ESTE CERTIFICADO.**

## **Aviso especial para Carolina del Norte**

Bajo la sección 58-50-40 del estatuto general de Carolina del Norte, ninguna persona, patrón, principal, agente, fideicomisario o administrador de terceras partes responsable del pago de primas de seguro médico colectivo o de vida o de asistencia médica deberá: (1) causar la cancelación o no renovación de las coberturas por seguro médico colectivo o de vida, por planes de servicio dental, médico o de hospital, por acuerdos de asistencia social de parte de un grupo de patrones o por planes de asistencia médica, y así causar la pérdida consiguiente de las coberturas de las personas aseguradas al dejar deliberadamente de pagar las primas de acuerdo con los términos del contrato o plan de seguro y (2) deliberadamente no entregar, con por lo menos 45 días de antelación a la terminación de tales coberturas, a todas las personas cubiertas por la póliza colectiva, un aviso escrito de la intención de la persona de dejar de pagar las primas. Este aviso escrito también debe contener un aviso dirigido a todas las personas cubiertas por la póliza colectiva sobre sus derechos a las normas de conversión de seguro médico según el artículo 53 de los estatutos generales, capítulo 58, y sus derechos según la Ley de Federal de Responsabilidad y Transferencia de Seguros Médicos (Federal Health Insurance Portability and Accountability Act) y bajo el artículo 68 del capítulo 58 de los estatutos generales. Infringir esta ley es un delito grave. Toda persona que infrinja esta ley también queda sujeta a una orden de los tribunales en que se requiera que la persona compense a los asegurados por concepto de gastos o pérdidas que resulten de la terminación del seguro.

## **BIENVENIDO**

---

Bienvenido a FIRSTCAROLINACARE INSURANCE COMPANY, INC. (también conocidos como FirstCarolinaCare Insurance Company o FCCI). Esta página tiene información valiosa para como utilizar mejor sus beneficios bajo el punto plan de servicio de FirstCarolinaCare Insurance Company, Inc. Tiene usted la libertad de elegir proveedores en la red o elegir proveedores que no participan en la red. También pueden acceder especialistas sin referencia.

## **CONSEJOS UTILES PARA USAR SUS BENEFICIOS**

---

- Lea toda la información que se le ha facilitado, sobre todo su Certificado de Cobertura y su programa de beneficios médicas. Acostumbrase de los servicios cubiertos (en la sección de Exclusión).
- Al principio de su Certificado de Cobertura hay una lista de definiciones de palabras utilizadas en todo el Certificado. Es muy útil el familiarizarse con estas palabras y sus definiciones.
- Todos los Afiliados serán proveídos con Tarjetas de Identificación. Identificación de FCCI tiene que ser mostrada al obtener servicios de salud.
- La lista de Proveedores Participantes cambian de vez en cuando. Debería comunicarse por avanzado para asegurarse que el proveedor es Proveedor Participante para que los beneficios recibidos se puedan ser considerado en la red para que sean pagados por FCCI. La lista de Proveedores Participantes se encuentra en [www.FIRSTCAROLINACARE INSURANCE COMPANY.com](http://www.FIRSTCAROLINACARE INSURANCE COMPANY.com). Puede comunicarse con Servicios para Afiliados (Member Services) al número proporcionado bajo la Tarjeta de Identificación para pedir una Guía Telefónica de Proveedores FCCI y también se encuentran bajo Números de Teléfono Importantes en su Certificado de Cobertura.

- Para preguntas acerca la Cobertura o información sobre proveedores, tiene que llamar a los servicios para Afiliados al número proporcionado bajo números de teléfono importantes en su Certificado de Cobertura y en su Tarjeta de Identificación.
- Tiene costos bajos si elije usar un Proveedor Participante. Si usa un Proveedor fuera de la red, Afiliados tendrán costos mas altos de deducible, copago y coseguro. Afiliados tienen que pagar la diferencia entre Proveedores Participantes y Proveedores fuera de la red y el máximo pago permitido por FCCI.
- Le recomendamos que elija un Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Aunque no necesita tener una referencia de su PCP para recibir Servicios Cubiertos de un especialista, su PCP puede asistir con el manejo de servicios de salud.
- Una Línea Telefónica de Ayuda de Enfermera está disponible 24 horas al día, los 365 días al año para proporcionar consejo sobre su salud personal así como información sobre la salud general. Se proporciona el número bajo números de teléfono importantes en su Certificado de Cobertura y en su tarjeta de identidad.
- Se requiere Precertificación en determinados Servicios Cubiertos, como definido en el Certificado de Cobertura bajo la sección de Manejo Médico. El Afiliado tiene la responsabilidad de alquilar Precertificación. Llame al servicios para Afiliados (Member Services) si tiene preguntas sobre requisitos de Precertificación.
- Le recomendamos que participe en su tratamiento de cuidado de la salud, preguntando a su Proveedor sobre todos los planes de tratamiento que usted tiene disponibles y sus costos. También le recomendamos que tome ventaja de todos los servicios de prevención ofrecidos bajo este Certificado de Cobertura para asistir en que este en buena salud y para encontrar problemas antes de que sean serios.

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA PREVENCIÓN DE FRAUDE EN EL CUIDADO DE SALUD**

---

Estimamos que el costo de fraude en el cuidado de salud para americanos es anualmente en los millones de dólares. Que puédenos hacer para prevenir fraude en el cuidado de salud. Lo más importante es que el miembro revise cuidadosamente los formularios en la Explicación de Beneficio que son enviadas por FCCI que explica como se hacen reclamos para pagar servicios. Asegúrese que los servicios sean anotados exactamente de los servicios recibidos. Si hay algún servicio que el Afiliado no recibió, entonces el Proveedor tiene que ser contactado para investigar si hubo un error en la factura. Si este asunto no se resolvió o se sospecha fraude llame a FCCI al 1-800-574-8556.

Algún otro paso para prevenir fraude en el cuidado de salud es la prevención de uso de la tarjeta de identidad de FCCI. Se debería poner en un lugar seguro, así como dinero, tarjetas de crédito u otros documentos importantes. Comunicase con FCCI inmediatamente para dar aviso si la tarjeta de identidad de FCCI es perdida o robada.

## NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

---

### **Servicios para Afiliados (Member Services)**

Para preguntas sobre beneficios de FCCI, para encontrar Proveedores Participantes, para hacer preguntas sobre reclamaciones o para pedir una tarjeta de identificación llame a los servicios para Afiliados al: **1-800-811-3298 opción 3 (llamada gratuita)**

### **Gerente de Beneficios de Farmacia**

Para preguntas sobre sus beneficios de Recetas Médicas, llame al: **1-800-788-2949 (llamada gratuita)**

### **Servicios de Comportamiento y Dependencia de Sustancias**

Para Precertificar los servicios de Comportamiento o Dependencia de Sustancias llame al: **1-800-574-8556 (llamada gratuita)**

### **Precertificación**

Para pedir Precertificación o para hacer preguntas relacionadas con la Precertificación, llame a los servicios para Afiliados al: **1-800-574-8556 (llamada gratuita)**

### **Línea de Ayuda de Enfermera**

Para recibir información confidencial personal o información general de salud sobre diversos temas relacionados con la salud, llame al: **1-800-336-2121 (llamada gratuita)**

### **Oficina Central de FirstCarolinaCare Insurance Company**

Para cualquier pregunta adicional o información, llame al: **1-800-574-8556 o 1-910-715-8100**

### **Departamento de Seguro de Carolina del Norte**

1201 Mail Service Center

Raleigh, NC 27699-1201

800-546-6554 (solamente para residentes de Carolina del Norte)

919-733-2004 (para personas fuera de Carolina del Norte)

### **Programa de Asistencia Médica Administrada Para Pacientes – Oficina del Procurador General de Carolina del Norte**

Los consumidores que deseen recibir información, accesoria o asistencia deben comunicarse a este programa a través de:

- coreo electrónico al: [MCPA@ncdoj.com](mailto:MCPA@ncdoj.com);
- Teléfono al 1-866-867-MCPA (6272), (llamada gratuita solamente para los residentes de Carolina del Norte) o 919-733-MCPA (6272) (para personas que residen fuera de Carolina del Norte); o
- Por escrito a:  
Managed Care Patient Assistance  
Attorney General's Office  
9001 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-9001
- Domicilio físico: 114 West Edenton Street

## TABLA DE CONTENIDO

---

<b>DEFINICIONES</b>	<b>1</b>
<b>DERECHO Y INSCRIPCIÓN</b>	<b>13</b>
Inscripción del Subscriptor	13
Inscripción de Dependiente	13
Ordenes de Mantenimiento Médico de Menores	14
Exclusión de Condición Preexistente para Inscriptos Tardíos	14
Inscripción Especial	15
Cambios de Inscripción	16
Cuando Inscripción Termina	16
Certificados de Cobertura	17
<b>INFORMACIÓN GENERAL SOBRE BENEFICIOS</b>	<b>17</b>
Entendiendo el Plan de Punto de Servicio	17
Compartir Costo con el Afiliado	18
Sobre la Selección del Proveedores	19
Continuidad de Servicio	19
<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>20</b>
Servicio Preventivos y Mantenimiento de Salud	20
Cobertura para Cierta Tratamiento de la Diabetes	21
Servicios de Médico y Visitas a la Oficina	21
Servicios de Emergencia	21
Estadía de Hospital Aparte de Cuidado de Maternidad	22
Servicios Ambulatorios y Cirugía	22
Servicios de Establecimientos de Enfermería	22
Asistencia de Salud en el Hogar	23
Servicio de Rehabilitación Ambulatorio de Corto Plazo	23
Servicios Quiropráctico	23
Imaginación y Procedimientos de Laboratorio	23

<b>Servicios Relacionados a la Reproducción</b>	<b>24</b>
<b>Servicios de Salud de Comportamiento</b>	<b>25</b>
<b>Servicios de Abuso de Sustancias</b>	<b>25</b>
<b>Servicios Diagnósticos para Retrasos en el Desarrollo o Discapacidades del Aprendizaje</b>	<b>25</b>
<b>Tratamiento de los Huesos o de los Empalmes de las Quijada, de la Cara o de la Cabeza</b>	<b>25</b>
<b>Tratamiento de los Dientes y Servicios Especiales Dentales</b>	<b>25</b>
<b>Equipo Duradero Médico</b>	<b>26</b>
<b>Protéticas/Ortesis</b>	<b>26</b>
<b>Servicio de Ambulancia</b>	<b>26</b>
<b>Medicamento con Receta</b>	<b>27</b>
<b>Ensayos Clínicos Cubiertos</b>	<b>27</b>
<b>Cirugía Reconstructiva de Seno</b>	<b>28</b>
<b>Cirugía Gástrica</b>	<b>28</b>
<b>Transplante de Órganos y Tejidos</b>	<b>28</b>
<b>Cirugía Reconstructiva (no incluye Cirugía Reconstructiva de Seno)</b>	<b>29</b>
<b>Otros Servicios</b>	<b>29</b>
<b>EXCLUSIÓN Y LÍMITACIONES</b>	<b>30</b>
<b>MANEJO MÉDICO</b>	<b>34</b>
<b>Procedimientos Para Precertificación</b>	<b>34</b>
<b>Procedimiento para Certificación</b>	<b>34</b>
<b>Precertificaciones y Certificaciones Acelerados</b>	<b>35</b>
<b>COMO HACER RECLAMO DE BENEFICIOS RECIBIDOS PARA SERVICIOS CUBIERTOS DE UN PROVEEDOR NO PARTICPANTE</b>	<b>36</b>
<b>CORDINACIÓN DE BENEFICIOS</b>	<b>37</b>
<b>Orden de Pago</b>	<b>37</b>
<b>Facilidad de Pago</b>	<b>38</b>
<b>Derecho a Recuperación</b>	<b>38</b>
<b>Coordinación Con Medicare</b>	<b>38</b>

<b>CONTINUACIÓN DE COBERTURA Y CONVERSIÓN DE COBERTURA -----</b>	<b>38</b>
En General-----	38
Continuación de Cobertura -----	38
Conversión de Cobertura-----	42
<b>DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL AFILIADO -----</b>	<b>43</b>
Derechos del Afiliado -----	43
Responsabilidades del Afiliado -----	43
Directivas Avanzadas-----	44
<b>QUEJAS, APELACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS -----</b>	<b>45</b>
Quejas de la Calidad de Salud -----	45
Estándar de Apelaciones -----	45
Apelación por Avanzado-----	46
Procedimiento de Quejas-----	47
Reviso Externo-----	49
Revisión Externa Estándar-----	50
Revisión Externa Apresurada -----	51
Información Adicional -----	52
<b>GENERAL PROVISIONS -----</b>	<b>52</b>
Avisos-----	52
Relación de Contratista Independiente -----	52
Garantías-----	53
Renuncia De la Disposición Del Certificado-----	53
Imposibilidad de Hacer Cumplir O Invalidez De Cualquier Disposición -----	53
Enmienda y Terminación -----	53
Autoridad Discrecional-----	53

## FIRSTCAROLINACARE INSURANCE COMPANY PLAN DE PUNTO DE SERVICIO

---

Este plan de Punto de Servicio fue elegido por su Empleador, que firmo un Contrato Maestro del Empleador con FCCI.

Este Certificado de Cobertura (“Certificado”), el Programa de Beneficios Médicos y el Contrato Maestro del Empleador determina las condiciones de cobertura.

FCCI pagará esos Servicios Cubiertos que el Afiliado reciba. El aumento pagado será sometido bajo los términos del Certificado, el Programa de Beneficios Médicos y el Contrato Maestro del Empleador.

### DEFINICIONES

---

Las siguientes definiciones serán aplicadas a términos usados en éste Certificado. Estas definiciones no indican cobertura bajo éste Certificado.

**Actual Charge – Cargo Real:** Cantidad no descontada que el Proveedor que presta el servicio generalmente cobra por los Servicios Cubiertos.

**Advance Directives – Instrucciones por Adelantado:** Instrucciones que una persona puede escribir para comunicar a los Proveedores la manera como desea ser tratada si se enferma o si no puede hablar o pensar con claridad. Estas instrucciones contienen los deseos de la persona sobre la aceptación o el rechazo de ciertos tratamientos o ciertas medidas de asistencia médica.

**Appeal – Apelación:** Pedir una revisión sobre alguna decisión para rechazar certificación o precertificación de servicios de cuidado.

**Behavioral Health Services – Servicios de Salud de Comportamiento:** Servicios para tratar las afecciones nerviosas, mentales o emocionales (distintas al abuso de sustancias químicas).

**Calendar Year – Año:** Período de 12 meses que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.

**Certificate of Creditable Coverage – Certificado de Cobertura Meritoria:** Un Certificado por escrito que:

- El período de Cobertura Meritoria del Afiliado bajo este plan, y cualquier cobertura bajo COBRA relacionada con este plan; y
- Los períodos de espera e inscripción si son aplicables, que se le imponen al Afiliado para cualquier cobertura bajo este plan.

**Certification or Certified - Certificación o Certificado:** Una determinación por FCCI que una estancia del hospital, disponibilidad del cuidado, continuó estancia, o el otro servicio se ha repasado y, basado en la información proporcionada, satisface los criterios de FCCI para los servicios y las fuentes médicamente necesarios; conveniencia; ajuste del cuidado médico; nivel del cuidado y de la eficacia. (Véase las definiciones de “Precertificación” y “Sin Certificación” para informe adicional)

**Chemical Dependency – Dependencia Químico:** Uso de alcohol o otras drogas que puedan causar adicción física y algún otro problema de comportamiento o social.

**Chemical Dependency Treatment Provider – Proveedor de Tratamiento de Dependencia Químico:** Algún Proveedor de cuidado o tratamiento para la dependencia química.

**Claim – Reclamo:** Solicitud de pago para los Servicios Cubiertos en cualquier forma requerido por FCCI.

**Coinsurance – Coseguro:** Porcentaje fijo de pago máximo admisible que usted paga al Proveedor por un Servicio Cubierto (por ejemplo, 20%).

**Complications of Pregnancy – Complicaciones del Embarazo:** Afecciones separadas del embarazo causadas o agravadas por el embarazo, pero que pueden causar o ser mas serios o hechos mas serios por el embarazo, resultando en la vida de la madre o salud que estén en peligro o que la vida del parto sea menos viable. Ejemplos incluyen:

- Desprendimiento prematuro de la placenta;
- Infección renal;
- Preeclampsia o eclampsia;
- Placenta previa;
- Crecimiento fetal insuficiente;
- Infección del riñón;
- Cesárea de emergencia, proveniente que el tratamiento sea para complicación de embarazo.

Las siguientes afecciones no son complicaciones del embarazo:

- Dolores de parto (aunque dé o no dé lugar al parto) y parto;
- Manchas de sangre ocasionales;
- Síntomas que conducen a que el proveedor ordene descanso;
- Malestar matutino; y

**Continuation Coverage – Continuación de Cobertura:** Cobertura de seguro colectivo que puede ser continuado bajo leyes federal o estatal bajo términos específicos y condiciones cuando hay eventos que califican.

**Conversion Coverage – Conversión de Cobertura:** Alguna forma de cobertura individual que pueda ser proporcionada sin prueba de seguro a personas que pierdan cobertura de cuidado.

**Copayment – Copago:** Cantidad de dinero que usted debe pagar por ciertos servicios cubiertos según el Programa de Beneficios Médicas.

**Covered Clinical Trials- Ensayos Clínicos Cubiertos:** El tema tiene requisitos adicionales puesto en la sección titulada “Servicios Cubiertos” en relación con Ensayos Clínicos Cubiertos, fase II, fase III, fase IV estudio del paciente diseñados a evaluar nuevos tratamientos, incluyendo recetas médicas, y de: (i) implican el tratamiento de condiciones médicas con peligro de muerte, (ii) están indicadas médicamente y son preferibles para el paciente en comparación con otras formas alternativas disponibles de tratamiento no-investigadoras, (iii) tienen datos clínicos y preclínicos que muestran que el ensayo probablemente será más eficaz para el paciente que las alternativas disponibles no investigadoras.

**Cover or Covered – Cubrir o Cubierto:** Elegible para beneficios bajo éste Certificado.

**Covered Services – Servicios Cubiertos:** Servicios de cuidado de salud, artículos y provisiones que alcance todas las condiciones de cobertura bajo este certificado.

**Creditable Coverage – Cobertura meritoria:** Cobertura que puede ser reducida o terminada por exclusión de condiciones preexistentes que incluye:

- Plan de seguro médico colectivo de un patrón autofinanciado según la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (Employee Retirement Security Act, ERISA) de 1974;
- Cobertura de seguro médico individual o colectivo;
- Medicare o Medicaid;
- Cobertura bajo la ley general militar;
- Programa de asistencia médica de servicio de salud indígena (Indian Health Service) o de una organización tribal;
- Reserva estatal contra riesgos para beneficios de salud;
- Plan de salud pública (como definido según leyes federales);
- Plan de beneficios de salud de la Ley del Cuerpo de Paz; o
- Plan de salud estatal para la salud infantil.

Cobertura bajo cortos plazos y limitados de la póliza de seguro será incluido como cobertura meritoria si el plazo de cobertura es corto y no exceder más de doce (12) meses.

Cobertura meritoria no incluye beneficios suplementarios.

**Custodial Care – Asistencia de custodia:** Asistencia que es necesario para proteger o mantener un nivel estable de función de un paciente que la condición general y conclusiones físicas siguen considerablemente constante y en que no se espera mejoramiento.

**Deductible – Deducible:** Una cantidad de dinero que usted debe pagar para los Servicios Cubiertos antes de que FCCI comience a pagar éstos beneficios.

**Dental Services – Servicios Dentales:** Servicios profesionales para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad o defectos, o herida accidental a los dientes, encías, quejilla y estructura asociada, y el proceso alveolar. Servicios dentales incluye examen y consultas, cirugía bucal y estancia relacionada para el cuidado dental.

**Disenroll(ment) – Terminación de Inscripción:** El proceso de terminación de la cobertura con FCCI.

**Eligible Dependent – Dependiente Elegible:** Alguna persona en que:

- El cónyuge del Suscriptor vive en la misma residencia del Suscriptor y no están legalmente separado;
- No está activamente en las fuerzas armadas;
- No es elegible para la cobertura debajo de otro el plan patrón-patrocinado de la salud como empleado (no se aplica al cónyuge del suscriptor); o
- Es soltero, menor de la edad de 26 años; y:
  - es el hijastro del Suscriptor y solamente si el padre natural o adoptivos no están legalmente separados del Subscriptor;
  - Cualquier hijo de leche, un hijo adoptivo o un niño que es ubicado o puesto para ser adoptado (tal como asumir obligación completa o parcial del niño);
  - niño natural o adoptado del subscritor, no importa si el niño viva en la misma residencia del Subscriptor o que este en el mismo local de servicio de FCCI; o
- Es soltero(a) y tiene 26 años o más; y:
  - No es capaz de mantenerse a si mismo resultando de retraso mental o minusvalía física, según las siguientes condiciones:
    - + El niño debe haber quedado incapacitado antes de su veinte y seis cumpleaños y debe estar inscripto en FCCI como su dependiente elegible cuando alcance la edad de 26 años;
    - + El niño debe mantenerse en la condición descrita más arriba; o

- Según determinado por orden bajo el Servicio Médico Cualificado de Apoyo para Menores.

**Eligibility Date – Fecha de Inicio de Derecho:** La fecha cuando alguna persona satisface todos los requisitos de cobertura y puede por lo tanto solicitar inscripción como Afiliado de FCCI.

**Eligible Employee – Empleado Elegible:** Significa, con respecto a una Pequeña Empresa, un empleado que trabaja para una Pequeña empresa de tiempo completo, con una semana de trabajo normal de 30 horas o más, incluso un propietario único, un socio o sociedad, o un contratista independiente, si esta incluido como empleado en el plan de salud de una pequeña empresa, pero no incluye a empleados que trabajan medio tiempo, temporalmente o como suplentes. No incluye empleados que están fuera con permiso o ausentes del trabajo por razón aparte de discapacidad o enfermedad. Con respecto a empleados grandes (mas de 51 empleados), significa que esos empleados designados por el empleado elegibles para beneficio de salud.

**Emergency Medical Condition – Situación Médica de Emergencia:** Situación médica que se manifiesta por síntomas agudos suficientemente graves, tales como, pero sin limitarse a ellos, dolor agudo que se producen como consecuencia de una afección médica crónica que conduciría a una persona común prudente que posea un conocimiento promedio de salud y medicina a esperar razonablemente que la ausencia de asistencia médica inmediata conduzca a alguna de las siguientes situaciones:

- Puesta en peligro grave de la salud de una persona o, en caso de una mujer embarazada, de una mujer y su niño nonato, en grave peligro;
- Impedimento grave de las funciones corporales; o
- Disfunción grave de algún órgano; o
- Muerte.

**Emergency Services – Servicios de Emergencia:** Artículos y servicios de cuidado de salud suministrados o requeridos para detectar o tratar una afección médica de emergencia hasta que la situación se estabilice, tal como es el caso de la asistencia médica previa al ingreso al hospital y los servicios auxiliares disponibles de forma rutinaria en las salas de emergencia.

**Employer – Empleador:** El Empleador de un grupo en que el Contrato Maestro del Empleador es dado bajo este Certificado.

**Enrolled or Enrollment – Inscripto o Inscripción:** El proceso para ser un Afiliado de FCCI y tener derecho a los beneficios bajo el Certificado de Cobertura.

**Enrollment Date – Fecha de Inscripción:** Fecha en que una persona es inscripto como Afiliado de FCCI. Si el individuo es sujeto a exclusión de condiciones preexistentes, la fecha de inscripción es la fecha de inscripción, o si antes el primer día después del período de espera.

**Enrollment Form – Matrícula de Inscripción:** Matrícula que será utilizada por FCCI para inscribir a los Afiliados.

**ERISA -** (Employee Retirement Income Security Act) La Ley de Seguridad de Ingresos en la Jubilación para los Empleados, establecida en 1974, 29 U.S.C. §§ 1133, 1135, así enmendado.

**Experimental/Investigational – Experimental o Investigación:** Excepto como descrito en la ley general de Carolina del Norte 58-3-200(b) para ensayos clínicos cubiertos, tratamientos, procedimientos, dispositivos o medicamentos para los cuales se da por lo menos una de las siguientes condiciones según lo determine FCCI:

- Pruebas fidedigno nos indica que el tratamiento, procedimiento, dispositivo, droga o medicina es:
  - El sujeto de ensayos clínicos que se están llevando a cabo; o
  - Bajo un estudio para determinar la dosificación máxima, la toxicidad, la seguridad, la eficacia, o la eficacia al ser comparado con un estándar por medio de tratamiento o diagnóstico.
- Pruebas fidedigno que indica que los expertos están de acuerdo que más estudios o ensayos clínicos son necesarios para el tratamiento, procedimiento, dispositivo, droga o medicina. Estos estudios dan prueba a la eficacia de la seguridad del tratamiento así como comparado a otros tratamientos aceptables.
- Si no ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para venta o no es aprobado por la FDA para el uso aparte como descrito bajo los términos aprobados por la FDA. Una droga no será considerada como ensayo o como investigación si es aprobada por la FDA para un tratamiento para un tipo de cáncer y el proveedor le receta la droga como tratamiento para otro tipo de cáncer solamente mientras la droga ha demostrado eficaz y aceptado para el tratamiento específico de un tipo de cáncer por cual la droga es descrito en los siguientes libros:
  - Información de Drogas del AMA;
  - Información de Servicio de la Lista de Farmacéuticos del AHA; o
  - Información de Drogas Pharmacopeia de los Estados Unidos.

El propósito de la definición “pruebas fidedigno” significa:

- Reportes y artículos publicados en literatura médica y científicos;
- el protocolo(s) escrito y usado por la instalación siempre que el tratamiento o el protocolo de alguna otra instalación que esta estudiando el mismo tratamiento, procedimiento, dispositivo, droga, o medicina; o

- El consentimiento informado y escrito usado por la instalación de tratamiento o por otra instalación estudiando el mismo tratamiento, procedimiento, dispositivo, droga o medicina.

**Foster Child – Menor Acogido:** Menor del cual usted es: (i) tutor legal cuando la custodia ha sido apropiado por la corte superior de Carolina del Norte; (ii) la custodia principal o exclusiva le ha sido asignada a usted de manera legal apropiada por orden de la corte.

**Grievance – Queja:** Quejas hecha por escrito y sometidas por el Afiliado sobre cualquier de los siguientes temas:

- Las decisiones de FCCI de las pólizas y medidas relacionadas a la disponibilidad, entrega o calidad de servicios de salud. Una queja escrita y sometida por un Afiliado sobre alguna decisión hecha solamente a base del plan de beneficios tiene exclusiones para el servicio de salud que está en cuestión no es una queja si la exclusión del servicio específico requisito está claramente descrito en éste Certificado;
- El resultado de una apelación de pago de reclamaciones o manipulación o reembolso por servicios;
- La relación contractual entre un Afiliado y FCCI; o
- El resultado de una apelación de un servicio Sin Consentimiento.

**Health Service Facility – Instalación de Servicios de Salud:** Cualquier lugar que proveer tratamiento de salud que tiene la licencia del estado e incluye instalaciones así como las siguientes:

- Hospitales;
- Clínicas de reposo;
- Clínicas psiquiátricas;
- Centros para el tratamiento contra el abuso de alcohol y drogas;
- Instalaciones psiquiátricas;
- Instalaciones de rehabilitación;
- Establecimientos de asistencia a largo plazo;
- Centros de tratamientos de enfermedades renales;
- Establecimientos de tratamiento intermedio para enfermos mentales;
- Establecimientos de asistencia médica en casa (inclusivo servicios en la casa del paciente, cuando se dirigió); y

- Establecimientos quirúrgicos ambulatorios.

**Home Health Care – Asistencia Médica en Casa:** Servicios rendidos por un Proveedor autorizado para ejercer asistencia médica en casa.

**Hospital – Hospital:** Algún lugar acreditado, autorizado por el estado para el tratamiento a las personas enfermas o heridas a base de un enfermo hospitalizado o un paciente ambulatorio. El hospital tiene que tener disponible a un proveedor las 24 horas al día y tener enfermeras las 24 horas al día.

**Hospital Stay – Estadía en el Hospital:** Período de tiempo en cual el paciente permanece como paciente de cama en el hospital y se cobra la habitación y la pensión.

**Identification Card (ID Card) – Tarjeta de Identificación (Tarjeta ID):** Tarjeta que se da a una persona después que se inscribe en FCCI.

**Injury – Herida o Lesión:** Accidente que causa daño corporal.

**In-Network Benefit – Beneficios en la Red:** Los beneficios pagados por Servicios Cubiertos recibidos por un Miembro por un Proveedor Participante (o Proveedor No Participante si el servicio no es disponible por un Proveedor Participante).

**Late Enrollee – Inscrito Tardío:** Persona para quien se solicita cobertura de FCCI en tiempo aparte de:

- Inscripción de Derecho, si es un empleado nuevo, o entre 31 días de la Fecha de Elegibilidad; o
- Período de Inscripción Especial, cuando sea aplicable.

**Master Employer Agreement – Contrato Maestro del Empleador:** Un contrato entre el Empleador y FCCI por cual Empleados Elegibles y Dependientes Elegibles reciben beneficios de servicios de salud y suministros descritos en el Certificado de Cobertura.

**Maximum Allowable Payment (MAP) – Pago Máximo Admisable:** Cantidad máxima que se pagara por una reclamación para las beneficios cubiertos bajo este Certificado, según el límite del Programa de Honorarios Máximos.

**Maximum Fee Schedule – Programa de Honorarios Máximos:** La menor cantidades de:

- El Cargo Habitual del Proveedor por el servicio o suministro; o
- El preponderante reembolso máximo admisible establecido por el programa de reembolso de FCCI.

**Medically Necessary or Medical Necessity – Médicamente Necesario o Necesidad Médica:** Son aquellos Servicios Cubiertos que:

- Son suministrados para el diagnóstico, tratamiento, cura o alivio de una afección de salud, enfermedad o herida; y
- La excepción de lo descrito en las leyes por la Asamblea Legislativa de Carolina del Norte 58-3-200(b) para Ensayos Clínicos Cubiertos, no son para propósitos Experimentales/Investigación o cosméticos;
- Necesario para y apropiados para el diagnóstico, tratamiento, asistencia o alivio de un afección de salud, enfermedad, herida o sus síntomas;
- Quedan dentro de las normas generalmente aceptadas de asistencia médica en la comunidad; y
- No son exclusivamente para la comodidad del Afiliado, la familia del Afiliado o del Proveedor.

Ningunos de las definiciones impide que FCCI compare el costo de los diferentes servicios o suministros Cubiertos.

**Medicare** – Programa del gobierno que suministra seguro medico a personas mayores de 65 años, a personas con insuficiencia renal permanentes y a ciertas personas con discapacidades.

**Member – Afiliado o Miembro:** Persona que ha cumplido con todos los requisitos y que tiene derecho a recibir Servicios Cubiertos según esté Certificado.

**Noncertification – Sin Certificación:** Una determinación de la Organización de Revisión de la Utilización (Utilization Review Organization) en la que se establece una Estancia de Hospital, disponibilidad de asistencia, estancia prolongada, o cualquier otro servicio de la salud, artículo o suministración, y basado en la información proporcionada, no cumple los requisitos de FCCI para Necesidad Médica, apropiada, dentro del marco del cuidado de la salud, nivel o eficaz de cuidado, o que no cumple con el estándar prudente de una persona laico experta para la cobertura de Condición Médica de Emergencia, y por lo tanto, el servicio solicitado se niega, reduce, o termina. Un “Sin Consentimiento” no es una decisión determinada solamente en el fundamento que el Beneficio del Plan de Salud no proporciona los beneficios para el cuidado de la salud en cuestión, si la exclusión del servicio específico solicitado se declara claramente en el Certificado. Un Sin Consentimiento incluye cualquier situación en la Organización de Revisión de la Utilización toma una decisión sobre la condición del Afiliado para determinar si el tratamiento solicitado es Experimental/Investigación, o cosmético, si la magnitud de cobertura bajo este plan ha sido afectada por esa decisión.

**Non-Participating Provider – Proveedor No Participante:** Proveedor que no tiene contrato con FCCI para prestar Servicios Cubiertos a los Afiliados.

**Notice of Extension – Aviso de Extensión:** Un aviso que se envía después de que FCCI o el URO determina que una extensión es necesario debido a la falta de información necesaria para determinar el beneficio.

**Open Enrollment Period – Período de Inscripción Libre:** Período de tiempo en que el Empleador entra en el Contrato Maestro del Empleador cuando Empleados Elegibles y Dependientes Elegibles pueden inscribirse sin tener que ser sujeto a la Exclusión de Condiciones Preexistentes.

**Out-of-Network Benefit – Beneficio Fuera de la Red:** Los beneficios pagados para los Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor No Participante cuando esos Servicios Cubiertos están disponibles de un Proveedor Participante.

**Out-of-Pocket Maximum – Cantidad Máxima de su Propio Bolsillo:** La cantidad máxima de Deducible y Coseguro requisito que tiene que ser pagado por el Afiliado para los Servicios Cubiertos medidos a base del Calendario Anual. No incluye Copagos y cualquier aumento pagado por el Afiliado para cargos excesivos el la cantidad Máxima de Pago Aceptable.

**Participating Provider – Proveedor Participante:** Proveedor que tiene un contrato con FCCI para prestar ciertos Servicios Cubiertos a los Afiliados.

**Physician – Médico:** Médico licenciado o Médico de Osteopatía.

**Postdelivery Care – Asistencia Médica Después del Nacimiento:** Asistencia médica prestada a una madre y a su niño recién nacido cuyo Estadía en el Hospital (según la decisión del Proveedor que atiende al Afiliado en consulta con el) es menos de 48 horas después del nacimiento normal vaginal o menos de 96 horas después de la Cesaría. Tal asistencia médica debe ser prestada por una enfermera registrada, un médico, una enfermera practicante, una matrona o un asistente médico con experiencia en la salud maternal y infantil en cualquiera de los siguientes lugares según lo considere apropiado el Proveedor del Afiliado: (1) en casa, oficina del Proveedor, un Hospital, un centro de nacimientos, un establecimiento de asistencia médica intermedia, un centro de salud con calificación federal, una clínica de salud rural con calificación federal o una clínica de maternidad del departamento de salud estatal; o (2) otro entorno que los reglamentos federales consideren apropiados según el Título VI de la Ley Pública 104-204.

**Precertification – Consentimiento Previo o Precertificación:** Certificación solicitado por y emitido por FCCI antes de que el Afiliado reciba servicios de cuidado.

**Pre-Existing Condition – Condición Peexistente:** Afección física o mental para la cual se recomendó, se recibió consejo medico, diagnóstico, o recibió tratamiento o recomendado entre 6 meses del termino de la Fecha de Inscripción incluyendo las condiciones identificadas como resultado de los cuestionarios de la preinscripción, exámenes o revisión de registro médico. Información genética en la ausencia del diagnosis y embarazo no son Condiciones Preexistentes.

**Pre-Existing Condition Exclusión – Exclusión de Condición Peexistente:** El rechazo de Cobertura por Condiciones Preexistentes por el período de tiempo después de la inscripción.

**Prescription Drugs – Medicamentos con Receta:** Cualquier medicamento o dispositivo aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA), que por ley se puede obtener solamente por receta, y de acuerdo con la orden de la receta o al rellenar la receta. Medicamentos con receta incluye insulina inyectable, y recetas compuestas cuando el compuesto tiene aunque sea un Medicamento con Receta.

**Primary Care Provider (PCP) – Proveedor Primario de Asistencia:** Proveedor que:

- está practicando medicina de familia o general, obstetra y ginecología, medicina interna o pediatría; o, es un especialista cuando el Afiliado padece de afección crónica así bajo la circunstancias descritas abajo en “Condiciones Generales para Beneficios y Servicios”;
- es elegido por el Afiliado para que sea responsable de coordinar las necesidades generales de asistencia médica del Afiliado; y
- es Proveedor Participante.

**Provider – Proveedor:** Persona o establecimiento autorizado para proveer el tipo de servicios de salud que pueda calificar como Servicios Cubiertos.

**Psychiatric Day Treatment Center – Centro de Tratamiento Psiquiátrico:** Establecimiento de Asistencia Médica autorizado por el estado de Carolina del Norte para proveer servicios psiquiátricos para enfermos ambulatorios.

**Qualified Medical Child Support Order (QMCSO) – Orden Calificada de Mantenimiento Médico de Menores:** Orden de los tribunales que requiere que el Suscriptor le otorgue beneficios médicos a un menor.

**Self Employed Individual – Persona Empleada Por Si Mismo:** Significa un empresario individual o propietario único que recibe la mayor parte de sus ingresos de su propio negocio, o comercio y como resultado, tiene ingresos sujetos a impuestos como indica el formulario 1040 del IRS, Apéndice C o F en cual hay generado ingresos sujetos a impuestos en uno de los dos años anteriores.

**Service Area – Área de Servicio:** Los condados en donde FCCI es autorizado para proveer servicios de mantenimiento de salud.

**Skilled Nursing Facility – Institución de Enfermería Especializada:** Establecimiento o parte de una institución, que:

- es un Proveedor de servicios de enfermería cualificado para personas que están enfermas o heridas;
- tiene servicios de enfermería 24 horas al día y que están supervisadas por un proveedor médico o por una enfermera registrada que esta empleada por pleno tiempo;
- mantiene archivos clínicos de todos los pacientes;
- tiene un Médico de guardia par asistencia médica de emergencia; y
- usa métodos y procedimientos apropiados para administrar medicamentos necesarios.

**Small Employer – Empleador Pequeño:** Persona, empresa, corporación, o asociación que es activamente comprometido en la actividad comercial así por lo menos de 50% de los días de trabajo

durante el trimestre calendario del año anterior, empleando mas de 50 personas, cuya mayoría fue empleada en este estado y alcanza todos los requisitos de derechos de las leyes aplicable. Para determinar el número de personas empleadas, empresas que son empresas afiliadas, o que tienen derecho de someter formularios de impuestos combinados del estado, será considerada como un empleador. El termino de Empleador Pequeño incluye empleador por si mismo.

**Special Enrollment/Enrollee – Inscripción/Inscrito Especial:** Inscripción por un Empleado Elegible o un Dependiente Elegible que satisface las condiciones sin que tenga asunto con la Exclusión de Condición Preexistente.

**Specialist – Especialista:** Médico que no es el Proveedor Primario de Asistencia, “Especialista” incluye sub-especialista.

**Subscriber – Suscriptor:** Persona inscrito en el plan de FCCI como empleado del grupo empleador que tiene contrato con FCCI para beneficios de salud.

**Urgent Care Facility – Establecimiento de Asistencia Médica Urgente:** Un establecimiento de asistencia médica que presta servicios para la condiciones que ocurra de repente y inesperadamente, tal que sin cuidado al individual puede que sufra bastante de enfermedad crónica, deterioro prolongado o requerir tratamientos arriesgado. Ejemplos incluye esguince, desgarrones y vértigo.

**Utilization Review Organization (URO) – Organización de Revisión de Utilización:** Grupo u organización que trabaja por FCCI que:

- recibe y responde a las peticiones de servicios de asistencia médica, o Precertificación;
- cumple con el Programa de Administración de Utilización; y
- toma decisiones sobre los servicios peticionados serán Certificados.

**Utilization Management Program – Programa de Administración de Utilización:** El programa de FCCI es diseñado para vigilar el uso o evaluar la Necesidad Médica, lo apropiado, eficacia o eficaz de los servicios de asistencia médica, procedimientos, proveedores o establecimientos.

**Waiting Period – Período de Espera:** Período en cual el Empleador establece para satisfacer que el Empleado es elegible para recibir beneficios bajo este Certificado, y no exceder mas de noventa (90) días. Período de Espera no incluye algún periodo antes de una inscripción Tardía o Especial del individuo.

## **DERECHO E INSCRIPCIÓN**

---

### **Inscripción del Suscriptor**

Solamente un empleado elegible puede inscribirse como suscriptor. Si el esposo o esposa son empleados elegibles, entonces el empleador determinara si los dos cónyuges se pueden inscribirse como suscriptor, o si uno tiene que elegir a inscribirse como dependiente elegible.

Empleadores solamente pueden tener un solo Período de Inscripción Abierto, que ocurre después que el Contrato Maestro del Empleador sea introducido. Excepto en Inscripciones Especiales (descrito abajo), Empleados Elegibles y sus Dependientes Elegibles pueden Inscribirse solamente anualmente en la fecha de renovación del Contrato Maestro del Empleador. Esas personas que no se inscriben durante el Período de Inscripción Abierto e Inscribirse durante la fecha de renovación será considerado como Suscriptos Tardíos.

Para empleados nuevos después del Período de Inscripción Abierto, el Empleador determinara la Fecha de Derechos para el Empleado. El Empleador puede tener un Terminó de Espera que tiene que ser satisfecho antes que la cobertura este en efecto.

Inscripción tiene que ocurrir dentro 31 días de la Fecha de Inscripción. El día de cobertura eficaz es en o antes de esa Fecha de Derecho. Si la Inscripción es después de la Fecha de Derecho, cobertura comienza el primer día del siguiente mes. Por ejemplo, se la Fecha de Derecho para el empleado es el 21 de mayo y se inscribe el 3 de junio, entonces la fecha eficaz es el primero de Julio.

Matricula de inscripción será abastecido por FCCI y tiene que ser completada y firmada para que la cobertura llegue a ser afectada. Tarjetas de Identificación serán entregadas a cada Afiliado con la Fecha de Derecho y otros informes importantes sobre beneficio.

### **Inscripción de Dependiente**

Solamente Dependientes Elegibles pueden ser suscriptos por el suscriptor. FCCI puede pedir prueba de estatus de Dependiente Elegible de tiempo a tiempo. En cuanto a cualquier persona por cual la cobertura puede estar continúa más allá de la limitación generalmente de la edad porque la tal persona no más larga un niño pero no es capaz de su mismo apoyo como resultado del retraso mental o de la desventaja física (según lo descrito bajo definición del Dependiente Elegible), la prueba de tal retraso mental o desventaja física será requerida solamente en el plazo de 31 días del logro del niño de la edad limitadora, pero más con frecuencia que anualmente. Si la prueba no es sometida al ser pedido, el dependiente no será Inscripto o Inscripción Terminara.

Si el Suscriptor tiene un Dependiente Elegible cuando el Suscriptor se inscribe, la Fecha de Inscripción para el Dependiente Elegible será el mismo a la del Suscriptor si se Inscribe dentro de los 31 días de la Fecha de Derechos.

Dependientes Elegibles agregados después de la Fecha de Inscripción por causa de matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación de Niño Acogido puede ser Inscripto dentro los 31 días de esos eventos. Si no se Inscriben dentro los 31 días, el Dependiente Elegible no puede Inscribirse hasta el siguiente período de renovación y será considerado un Inscripto Tardío. El límite de 31 días no es

aplicado si inscripción es calificada por Orden Calificada de Mantenimiento Médico de Menores (explicación abajo), o cuando Inscripción del Dependiente Elegible no resulta en aumento de primas pagadas.

Los Servicios recibidos por Miembros de un Proveedor No Participante serán elegibles para los Beneficios Fuera de la Red solamente, a menos que se reciban Servicios de Emergencia o los servicios no están disponibles de un Proveedor Participante sin desrazonable retraso. Esta regla aplica aunque a Miembro es un Dependiente Elegible que no vive ni trabaja cerca de Proveedores Participantes, por ejemplo cuando él o ella están viviendo en un dormitorio en la escuela.

El límite máximo de Dependientes Elegibles es descrito en el Programa de Beneficio Médicos.

### **Ordenes de Mantenimiento Médico de Menores**

Una Orden Calificada de Mantenimiento Medico de Menores (QMCSO) es cualquier veredicto, decreto u orden hecho por un tribunal o por procedimiento administrativo que suministra cobertura de salud a un niño de acuerdo con leyes estatales o bajo la Ley de Seguro Social. QMCSO tiene que ser específico con el plan en cual el niño pueda ser inscripto, tipo de cobertura, la cantidad de niños que serán inscriptos y el término de cobertura. Es la responsabilidad del Empleador de determinar si el niño es Elegible bajo QMCSO.

### **Exclusión de Condición Preexistente para Inscriptos Tardíos**

Individuos que eligen a no Inscribirse durante el Periodo Abierto de Inscripción y que se Inscriben al tiempo de renovación anual del Contrato Maestro del Empleador son considerado Inscriptos Tardíos.

Para Inscriptos Tardíos, el período de Exclusión de Condiciones Preexistentes puede demorarse hasta 18 meses del primer día de Inscripción o del primer día de Término de Espera. Sin embargo, el término de este período puede ser reducido por el número de días en cual el Afiliado tenía Crédito de Cobertura. Cobertura de Salud anteriormente tenido es Crédito de Cobertura y se puede usar la para reducir o eliminar el período de Exclusión de Condición Preexistente si el no tiene interrupción en la cobertura por mas de 63 días. FCCI no va imponer alguna Exclusión de Condición Preexistente por cual consulta médica, diagnóstico, cuidado o tratamiento fue recomendado o suministrado por la primera vez mientras el Afiliado tenia anteriormente Crédito de Cobertura, abasteciendo que tal Crédito de Cobertura era continuo hasta la fecha no mas de 63 días antes de la Fecha de Inscripción.

La Exclusión de Condición Preexistente no se aplica a un niño que es Inscripto dentro los 31 días al haber nacido, adoptado, o puesto para adopción o Niño Acogido o por cual el niño fue automáticamente Inscripto porque el resultado de agregar el niño no resulto en el aumento la prima pagado. Inscripción de niños bajo QMCSO no son sujetos a la Exclusión de Condición Preexistentes.

Un inscripto Tardío puede someter una copia del el Certificado de Crédito de Cobertura de un previo plan de seguro o la seguraza. Si el Certificado de Crédito de Cobertura no es suministrado, pero el Afiliado si tuvo anteriormente cobertura de salud, FCCI asistirá al Afiliado en obtener un Certificado de Crédito de Cobertura del empleador o plan de seguro previo. Siempre hay otras maneras de mostrar Crédito de Cobertura. El Afiliado se puede comunicar con FCCI si necesita asistencia en mostrar Crédito de Cobertura.

Cualquier pregunta sobre la Exclusión de Condición Preexistente y Crédito de Cobertura se dirige por teléfono a Servicios de Afiliados de FCCI en oficina central de FCCI, el número se encuentra bajo “Números de Teléfono Importantes”.

### **Inscripción Especial**

Empleados y sus Dependientes Elegibles pueden Inscribirse en otros tiempos aparte del Periodo Abierto de Inscripción o la renovación anual sin que sea sujeto a la Exclusión de Condiciones Preexistentes. Bajo la ley federal, un Empleado Elegible no tiene que Inscribirse en FCCI en la Fecha de Derecho porque el o ella está inscripto en otro plan suministrado por un empleador y porque pierde cobertura debido a:

- Terminación de empleo,
- Terminación de otro plan o contribución del Empleador,
- Muerte de otro empleado;
- Separación o divorcio legal;
- Pérdida de estatus de Dependiente Elegible;
- Residir, vivir o trabajar afuera del Área de Servicio HMO;
- Terminación uniforme de cobertura por el asegurado;
- Cesación de ventajas a una clase de individuos semejantemente situados incluyendo los Empleados Elegibles o el Dependiente Elegible;
- Exceder los límites de beneficio en el curso de la vida.; o
- Agotamiento de cobertura COBRA.

El Empleado Elegible y Dependientes Elegibles pueden Inscribirse sin la Exclusión de Condición Preexistente. Adicionalmente, FCCI permitirá Empleados Elegibles y Dependientes Elegibles a que se Inscriban si cobertura bajo otro plan tiene cambios y costos significativos, sin que sea sujeto a la Exclusión de Condición Preexistente.

Adicionalmente la pérdida de cobertura dispara el evento de Inscripción Especial así descrito arriba, si el Empleado Elegible que anteriormente no se Inscribió agrega un Dependiente Elegible por causa de matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación de un Niño Acogido o colocación de un niño adoptivo, el Empleado y Familia Elegible son considerados Inscriptos Especiales.

*Cualquier Inscripción Especial tiene que ser solicitado dentro de 31 días del evento descrito arriba.*

## **Cambios de Inscripción**

El Suscriptor tiene que notificar a FCCI de cualquier adición, cambios, o cancelaciones a la Inscripción como el resultado de lo siguiente:

- Matrimonio o divorcio;
- Nacimiento o muerte;
- Orden de adopción o orden tribunal resultando el la custodia temporal de un procedimiento de adopción;
- Adición de un hijastro;
- Adición de un Niño Acogido;
- Custodia legalmente permanente de un niño;
- Regreso a estatus civil al estar activamente como personal militar o cambio a estatus civil a personal militar;
- Cambio de estatus de Dependiente Elegible; o
- Elegible para Medicare.

*El Suscripto tiene que notificar FCCI por escrito dentro de 31 días de los eventos arriba. El Suscripto debería comunicarse con el Administrador de Recursos Humanos lo más pronto posible en cuanto uno de los eventos ocurra y formulario de cambio es pedido.*

Para asegurarse que el Suscriptor reciba todas las comunicaciones de FCCI, favor de comunicarse con FCCI cuando hay cambio de domicilio o de nombre.

## **Cuando Inscripción Termina**

Inscripción del Suscriptor y sus Dependientes Elegibles Inscritos termina en la fecha del cual el Contrato Maestro del Empleador termina.

Terminación de Inscripción a base de terminación de empleo toma efecto el último día de empleo, a menos que el Empleador elija de lo contrario.

La Inscripción de un dependiente termina cuando el o ella no es un dependiente elegible, por ejemplo cuando el o elle son de la edad de 25 años o excedente. La fecha del Término de Inscripción es el último día del mes en cual se pierde la elegibilidad, a menos que el Empleador elija de otra manera. El Empleador también puede elegir terminar cobertura para el dependiente. La fecha del Término de Inscripción será el último día del mes en el cual los premios para la cobertura del dependiente son pagados.

Si la Inscripción termina porque el empleado es despedido del empleo o pierde el estatus de Dependiente Elegible, Afiliados pueden elegir Continuación de Cobertura. Pueden leer “Continuación de Cobertura o Conversión de Privilegio” en la sección de este Certificado.

El Afiliado también tener Término de Inscripción si FCCI le da aviso por escrito por lo siguiente:

- Si concientemente abastece información falsa o incompleta a FCCI o intento fraudulento;
- Comprometido en la conducta al abastecer de que Servicios Cubiertos sean interrumpidos; o
- Permite que alguna otra persona use la Identificación de FCCI.

El Afiliado será responsable por costos incurridos debido a la conducta arriba.

Excepto cuando se elije Continuación de Cobertura, FCCI no es responsable para pagar cualquier servicio de salud después de la fecha de Término de Inscripción, no importa la razón del Término de Inscripción.

### **Certificados de Cobertura**

Cuando un Termina la Inscripción de FCCI, incluyendo al termino de el periodo de la Continuación de Cobertura, FCCI le va a abastecer un Certificado de Crédito de Cobertura para que el Afiliado pueda enseñar prueba de Cobertura de Crédito. Afiliados también pueden pedir un Certificado de Cobertura de Crédito de FCCI hasta 24 meses de la fecha de Terminación de Inscripción.

### **INFORMACIÓN GENERAL SOBRE BENEFICIOS**

---

El servicio o surtido anotado como Servicio Cubierto en el Certificado y resuelve todas las condiciones en este Certificado;

- Y
- El recipiente es un Miembro de FCCI cuando él o ella recibe el servicio o surtido;
- Y
- El Miembro recibe el servicio o surtido por un Proveedor;
- Y
- El servicio o surtido se equipa en una facilidad o localización apropiada del cuidado médico;
- Y
- El servicio o surtido es Médicamente Necesaria.

### **Entendiendo el Plan de Punto de Servicio**

Bajo este plan de Punto de Servicio, Afiliados pueden elegir recibir casi todos de los Servicios Cubiertos por un Proveedor Participante o un Proveedor No Participante. Como indica el Programa de Beneficios Médicas, al usar un Proveedor No Participante el costo por lo general es más para el Afiliado que al usar un Proveedor Participante. Generalmente, servicios cubiertos que algún Proveedor No Participante abastece son pagados como Beneficios Fuera de la Red.

Servicios de Emergencia serán pagados como Beneficio en la Red. Servicios Cubiertos recibidos por un Proveedor No Participante serán pagados como Beneficio en la Red si el Proveedor Participante no puede proveer de esta necesidad de salud al Afiliado sin irrazonable retraso así determinado por el estándar de acceder de la red de FCCI. Si el Afiliado crea que el Proveedor Participante no esta disponible sin retraso irrazonable, el es animado a que se contacte con FCCI antes de que reciba servicios de un Proveedor No Participante. FCCI informara al Afiliado si Beneficios en la Red serán aplicados.

**Nota Importante: Beneficios fuera de la red no son disponibles para ciertos Servicios Cubiertos. Para que sean pagados por FCCI, los siguientes Servicios Cubiertos tienen que ser abastecidos por un Proveedor Participante:**

- Medicamentos con recetas e insulina inyectable;
- Servicios anotados como “Mantenimiento de Salud y Salud Preventiva” en la sección en este Certificado;
- Vacunas e inyecciones;
- Transplante de órganos y tejido;

### **Compartir Costo con el Afiliado**

Pagos por el Afiliado, como Copagos, Coseguro, Deducible, Cantidad Máxima Fuera de su Propio Bolsillo están notados en el Programa de Beneficios Médicos. Casi todos los Servicios Cubiertos necesitan algún pago al Proveedor por el Afiliado al tiempo del servicio. Copagos no se cuenta como Cantidad Máxima Fuera de su Propio Bolsillo o Deducible.

Favor de notar que hay Cantidades Máximas Fuera de su Propio Bolsillo separados para Beneficios Fuera de la Red y Dentro de la Red. También, cualquier diferencia entre Cargo Actual y Pago de Cantidad Máxima Permitida que no se aplica a la Cantidad Máxima Fuera de su Propio Bolsillo para Beneficios Fuera de la Red.

### Beneficio en la Red

Cuando el Beneficio en la Red es basado en el Coseguro en cambio de Copago, FCCI calculara el pago obligatorio del Afiliado por el costo negociado con el Proveedor Participante. El Afiliado no es responsable por la diferencia, si la hay, entre el Cargo Actual del Proveedor Participante y el costo negociado. El siguiente ejemplo de la calculación para Beneficios en la Red si el Coseguro del Afiliado es 20% (nota, éste ejemplo asuma que el ya pago todos los Deducibles y Copagos aplicados):

Cargo Actual	\$1200
Cantidad de Pago Máximo Permitido (MAP)	\$1000
Aumento de Coseguro (20% de MAP)	\$200
Costo al	\$200

Si el Afiliado tiene Copago, el Copago tiene que ser sustraído de la tasa contratado, después el Coseguro será sustraído del aumento que permanezca.

### Beneficio Fuera de la Red

Cuando recibe Servicios Cubiertos por un Proveedor No Participante y Beneficios Fuera de la Red serán aplicados, el Coseguro será calculado de la Cantidad Máxima Permitida y no en el Cargo Actual. El Afiliado puede recibir factura por la diferencia, si hay, entre el Cargo Actual y la Cantidad Máxima Permitida y la diferencia no será aplicada a la Cantidad Máxima Fuera de su Propio Bolsillo. Favor de mirar el ejemplo abajo (nota, éste ejemplo asuma que el Afiliado ya pago los Deducibles y Copagos aplicados):

Cargo Actual	\$1200	
MAP		\$1000
La Diferencia entre Cargo Actual y MAP		\$200
Coseguro (20% de MAP)		\$200
Costo al Afiliado		\$400

AVÍSO REQUISITO EN CAROLINA DEL NORTE: El gasto actual para Servicios Cubiertos puede exceder el aumento de Coseguro o Copago descrito porque cargos actuales del Proveedor no pueden ser usados para determinar el pago obligatorio de FCCI o el Afiliado.

### **Sobre la Selección del Proveedores**

De tiempo a tiempo Proveedores Participantes cambian. Sólo porque el Proveedor Participante se encuentra en la Lista de Proveedores Participantes no le garantiza que el Proveedor esta en la red de FCCI al tiempo que servicios son abastecidos. Es recomendado que el Afiliado llame a los Servicios de Afiliados de FCCI para confirmar el estatus del Proveedor.

### Proveedores de Salud Primario

Afiliados son animados a seleccionar un Proveedor de Salud Primario (PCP) de la lista de Proveedores Participantes. El PCP le va a abastecer servicios de salud primarios y le ayudara coordinar salud especial y estancia de hospital cuando necesitada. PCP están adiestrados para tratar con el rango amplio de necesidades de la asistencia de salud.

### Especialistas

FCCI no necesita una referencia por el Afiliado para mirar un especialista. Sin embargo, requisito de Precertificación puede ser aplicado dependiendo a los servicios recibidos. Favor de leer Adjunto A al término de este Cerificado para esos servicios que necesiten Precertificación.

### **Continuidad de Servicio**

Como un servicio a los Afiliados de Punto de Servicio, FCCI dejara a nuevos Inscriptos Afiliados que sigan recibiendo servicios de Proveedores No Participantes y ser elegible para Beneficios en la Red por 90 días de la Fecha de Inscripción. Un Proveedor No Participante tiene que aceptar el pago por completo para el Programa de Reembolso Máximo y para cumplir con las pólizas y procedimientos de FCCI. Afiliados tienen que notificar FCCI si desean está opción.

## SERVICIOS CUBIERTOS

---

### Servicio Preventivos y Mantenimiento de Salud

Lo siguientes servicios son Cubiertos si recibido por un Proveedor Participante:

- Examen de bien estar de niño;
- Examen anual de visión para niño entre la edad de 1 a 17 in la oficina del PCP;
- Examen de oír para el recién nacido ordenado por un Médico por la presencia de perdida permanente de oír;
- Examen periódico para niños hasta la edad de 17 años para la pérdida de oír;
- Evaluación periódico se salud para adultos (incluyendo un examen anual de mantenimiento de salud para la mujer);
- Vacunas para niño y adultos de acuerdo con la práctica de medicina aceptada;
- Exámenes y pruebas de laboratorio para le detección hecho temprano de cáncer en el cervical de acuerdo con la guía recién hechas por la Sociedad Americana de Cáncer o guía adoptada por el Comité de Avisos de Carolina del Norte para Coordinación y Control de Cáncer. Exámenes y pruebas de laboratorio que son servicios cubiertos son el examen papanicolaou, citología en forma líquida, virus de papiloma humano método de detección para la mujer con encuentro equívoco al análisis cervical citológico que tienen que tener la aprobación de y tener que ser aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos;
- Mamografía – cuando el Proveedor recomiende esto a cualquier persona con un aumento de riesgo de cáncer del seno, o una mamografía para la base entre la edad de 35 hasta 39 y cada año después de la edad de 40;
- Prueba Antígeno Especifico de la Próstata (PSA) cuando el Proveedor lo recomiende;
- Medida de huesos, si se ha pasado más de 23 meses desde la última prueba o más frecuente si es Médicamente Necesario;
- Manejo por si mismo y servicios de educación de diabetes para el paciente ambulatorio; y
- Examen de cáncer de tacto rectal y pruebas de laboratorio para el cáncer, de acuerdo con la guía de la Sociedad de Cáncer Americana, por cualquier sintomático no cubierto por un individuo que tiene por lo menos 50 año de edad, o menos de 50 años de edad y con alto riesgo para cáncer de tacto rectal;

- Pruebas de vigilancia para mujeres con 25 años de edad o más y están al riesgo para cáncer ovárico. "Con Riesgo para cáncer ovárico" significa:
  - haber tenido historia en la familia con a lo menos un pariente de primer grado con cáncer ovárico, y
  - Un segundo pariente, con primer grado o segundo grado con cáncer del seno, ovárico, o no pólipo de cáncer de tacto rectal; o
  - prueba positiva para síndrome de cáncer ovárico hereditario.

"Pruebas de Vigilancia" significa prueba anual con uso de ultrasonido vaginal y examen pelviano recto vaginal.

### **Cobertura para Cierta Tratamiento de la Diabetes**

La cobertura será proporcionada para el equipo, surtido y los procedimientos del laboratorio usados para tratar la diabetes.

### **Servicios de Médico y Visitas a la Oficina**

Exámenes, tratamiento, y consultas por un Médico o otro proveedor médico con licencia bajo la supervisión de un Médico son Servicios Cubiertos. Servicios cubiertos también son incluye suministro Medicamento Necesario y suministros administrados o suministrados durante la visita a la oficina.

### **Servicios de Emergencia**

Si algún Afiliado piensa que el o ella tiene una condición médica de emergencia, el o ella debería buscar asistencia de un establecimiento de salud más cercana. Acceder "911" teléfono de emergencia u otros sistemas de alerta para la comunidad deberían ser usados cuando disponible. Servicios de emergencia serán pagados en el aumento como Beneficios en la Red cuando servicios sean recibidos por un Proveedor Participante o Proveedor No Participante.

Ejemplos de Condiciones Médicas de Emergencia incluye pero no son limitados a ataque de corazón sospechoso o derrame cerebral, sangrado sin control, envenenarse, quemadura mayor, pérdida de consciencia prolongada, heridas de cabeza o espinal, choque u otras condiciones agudas.

Cobertura será abastecida por el tratamiento de Condiciones de Emergencia, sin Precertificación, hasta que la condición del Afiliado se establezca. Servicios ordenados por el Proveedor del departamento de emergencia después que se establezca pueda necesitar Precertificación como una imagen hecha por resonancia magnética o tomografía axial computarizada.

Para asistencia rutinaria o seguida relacionado a la Condición Médica de Emergencia y para ser elegible para Beneficios en la Red, el Afiliado tiene que usar un Proveedor Participante. Requisito de Precertificación pueda ser aplicado.

Si el Afiliado es admitido para Estancia de Hospital directamente por el departamento de emergencia, FCCI debería ser notificado de la condición y los servicios que el Afiliado está recibiendo lo más pronto y médicamente apropiado al llamar el número de teléfono gratuito de servicios de Afiliado. La Estancia

del Hospital será pagado en el aumento de Beneficio en la Red hasta que el Afiliado pueda ser transferido a un Proveedor Participante. Si el Afiliado no hace transferencia a un Proveedor Participante cuando sea médicamente apropiado, entonces FCCI puede, como un opción, determinar que pago de Beneficio son Fuera de la Red para el restante de la Estancia de Hospital.

Servicios recibidos en un Establecimiento de Urgencia son Cubiertas como Beneficios en la Red.

Si el Afiliado no esta seguro si la condición es una Condición Médica de Emergencia o que pueda ser tratada en un Establecimiento de Urgencia o en la oficina de un Medico, el o ella puede llamar a la Línea de Asistencia de Enfermera. El número aparece en la página de “Números de Teléfono Importantes”.

### **Estadía de Hospital Aparte de Cuidado de Maternidad**

Estadía de Hospital, que incluye todas las Necesidades Médicas de servicios y suministros aportados por el hospital, servicios médicos, servicios diagnósticos, cuarto y proviso para un cuarto semiprivado son cubiertos.

Cuarto y alimentos para un cuarto privado son cubiertos si:

- La condición del Afiliado necesita ser aislada;
- Uso de un cuarto privado es médicamente necesario; o
- El Proveedor del Afiliado admite al Afiliado al Hospital en donde solamente tienen cuartos privados.

### **Servicios Ambulatorios y Cirugía**

FCCI cubre Servicios de Salud con la condición que los servicios son servicios ambulatorios suministrados en un Establecimiento de Asistencia de Salud con licencia, tal como quimioterapia, procedimientos diagnósticos y cirugía ambulatorio.

### **Servicios de Establecimientos de Enfermería**

Servicios de establecimiento de enfermería, incluyendo alimentos y alojamiento y suministro médicos necesarios son cubiertos si:

- El proveedor de Afiliado recomienda estos servicios;
- Si los servicios siguen una Estancia de Hospital para la recuperación de una herida o enfermedad o toma el lugar de una Estancia en el Hospital que se requiera si los servicios no son abastecidos;
- Si el Afiliado esta bajo cuidado continuo del Proveedor; y
- El Proveedor del Afiliado certifica que el Afiliado necesita cuidado en un establecimiento de enfermería las 24 horas.

El total numero de días por cual un establecimiento de enfermería “por causa” es anotada en la programación de beneficios médicos. “Por causa” significa que la estancia en un Establecimiento de Enfermería fue el resultado de lo mismo o causa relacionada, tal como la estancia separada por menos de 3 meses.

### **Asistencia de Salud en el Hogar**

Asistencia de salud en el hogar son servicios cubiertos que:

- Cuidado sin custodia es abastecido en el hogar;
- Abastecido por médicos profesionales;
- Supervisado por un Médico licenciado;
- Abastecido por un agencia de Asistencia de Salud en el Hogar aprobado por FCCI; y
- Abastecido a un Afiliado Precertificado por FCCI como limitado en casa por más de tiempo corto, infrecuente, propósito no médico sin esfuerzo considerable y exigente.

### **Servicio de Rehabilitación Ambulatorio de Corto Plazo**

Terapia ocupacional de servicio de rehabilitación ambulatorio de corto plazo, terapia física y servicios quiropráctico son Cubiertos. Terapia para hablar de corto plazo para restaurar el hablado perdido por causa de enfermedad o Herida son Cubiertas, o un establecimiento de terapia. Afiliados pueden recibir servicios en el Hospital como en el departamento de paciente ambulatorio, oficina de un Medico, o un centro de terapia libre. Servicios de rehabilitación son Cubiertos para condiciones que, en el la determinación de FCCI, se espera razonablemente mejorar en el corto plazo. La Programación de Beneficio Médico lista los límites de cada servicio.

### **Servicios Quiropráctico**

Servicios quiroprácticos son Cubiertos y sujetos a las limitaciones anotados en Programa de Beneficios Médicos.

### **Imaginación y Procedimientos de Laboratorio**

Imaginación y servicios de laboratorio en un establecimiento libre de Cuidado de Salud, departamento ambulatorio de Hospital y oficinas de Proveedores son Cubiertas. Esto incluye:

- Radiografías para la diagnosis o tratamiento de condiciones,
- Fluoroscopia, ultrasonido, electrocardiograma, electrocardiografía,
- Resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones y tomografía axial computarizada, y
- Pruebas de laboratorio.

## **Servicios Relacionados a la Reproducción**

### **Cuidado de Maternidad**

Cuidado de maternidad es Cubierto solamente para el Suscripto y el cónyuge del Suscripto (si el cónyuge es un Afiliado). Servicios Cubiertos incluye:

- Cuidado prenatal;
- Estancia en el Hospital;
- Cuidado en Centros de Nacimientos;
- Servicios del Proveedor o Proveedor asistente;
- Cuidado Posparto de la madre y niño si la madre y el Proveedor asistente están de acuerdo dar de alta antes de 48 horas después de un parto normal o hasta 96 horas después de una cesarí; y
- Servicios para el recién nacido durante la Estancia de Hospital de la madre después de haber dado alumbramiento.

No se necesita Precertificación para Estadía de Hospital hasta 48 horas para la madre y el recién nacido si el parto es normal o hasta 96 horas después de una cesarí. Estadía de Hospital en exceso de esos períodos necesita Precertificación.

FCCI aplicara orden rutinaria de procedimiento de beneficio si el recién nacido tiene otra cobertura válido que cubre, sin autorización previa, las 48 horas de enfermo hospitalizado después de un parto vaginal normal o 96 horas de enfermo hospitalizado después de una Cesarí.

### **Complicaciones de Embarazo**

Solamente Complicaciones de Embarazo son Cubiertas para un Dependiente Elegible aparte de cónyuge. Servicios de salud para complicación de embarazo del Afiliado no es cuidado de maternidad y son Cubiertos para todos los Afiliados en los mismos términos que serán aplicados a cualquier otra enfermedad o herida.

### **Diagnóstico de Infertilidad**

Servicios relacionados a diagnóstico de infertilidad son Cubiertos. Tratamiento de infertilidad no es un Servicio Cubierto. Vea la Exclusión y Limitaciones para los servicios excluidos de infertilidad.

### **Planificación de la Familia**

Servicios Cubiertos incluyen exámenes, consultas, procedimientos y otros servicios relacionados al uso de métodos ante contraceptivos para la prevención de embarazo. Ante contraceptivos cubiertos incluye dispositivo intrauterina, diafragma, plantado y inyección ante contraceptivo. Para quitar estos aparatos por un Proveedor también es Cubierto.

### **Servicios de Salud de Comportamiento**

Estancia de Hospital para Servicios de Salud de Comportamiento son Cubiertos. Cobertura incluye pensión y alojamiento, Proveedor y otros servicios Médicamente Necesarios. La cantidad máxima de días Cubiertos por Año Civil aparece en el Programa de Beneficios Médicos. Cada día de un Programa de Tratamiento Siquiátrica será contado como medio día hacia el límite por Año Civil de la Estancia en el Hospital para Servicios de Salud de Comportamiento.

Como base de paciente ambulatorio los Servicios de Salud de Comportamiento son abastecidos y Cubiertos como sean necesitados por corto plazo o para la intervención en caso de crisis. La cantidad máxima de visitas por Afiliado por Año Civil aparece en el Programa de Beneficios Médicos.

### **Servicios de Abuso de Sustancias**

Estadía de Hospital para el diagnóstico y tratamiento médico para el Abuso de Sustancias son Cubiertos. Cobertura incluye alimentos y alojamiento y servicios de un profesional apropiado serán abastecidos por los proveedores de Tratamientos de Servicios de Abuso de Sustancias.

La cantidad máxima que será pagado para todas las Estadías de Hospital que reciben Tratamientos de Abuso de Sustancias por Afiliado por Año Civil aparece en el Programa de Beneficio Médicos. El aumento total será pagado para el servicio de Abuso de Sustancias es limitado durante el tiempo que el Afiliado al aumento que aparece en el Programa de Beneficios Médicos.

Diagnóstico de un paciente ambulatorio y tratamiento médico de Abuso de Sustancias por un Establecimiento Proveedor de Abuso de Sustancias serán Cubiertos por corto plazos para evaluación o para la intervención en caso de crisis. La cantidad máxima de visitas Cubiertas por Afiliado por Año Civil aparecen en el Programa de Beneficios Médicos.

### **Servicios Diagnósticos para Retrasos en el Desarrollo o Discapacidades del Aprendizaje**

Lo siguiente son Cubiertos para Afiliados con menores:

- El trabajo inicial de diagnóstico para diagnosticar un desorden de retraso en el desarrollo o discapacidad del aprendizaje;
- Hasta seis (6) clases de educación de padre-niño para ADD/ADHD; y
- Manejo de medicamento para ADD/ADHD.

### **Tratamiento de los Huesos o de los Empalmes de la Quijada, de la Cara o de la Cabeza.**

Los procedimientos terapéuticos o quirúrgicos de diagnóstico que implican los huesos o los empalmes de la quijada, de la cara o de la cabeza se cubren. Esta ventaja está conforme a cualquier cantidad máxima del dólar del curso de la vida aplicable al tratamiento no-quirúrgico de la disfunción común temporamandibular y del síndrome craniomandibular del dolor.

### **Tratamiento de los Dientes y Servicios Dentales Especiales**

Tratamiento para las siguientes condiciones de dientes son Cubiertos:

- La herida a dientes sanos y naturales, cuando tratamiento se recibe dentro 12 meses de la herida. Tratamiento de heridas que es resultado por comer o masticar no son Cubiertos; y
- Los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos que implican los huesos o los empalmes de la quijada, de la cara o de la cabeza se cubren. Esta ventaja está conforme a cualquier cantidad máxima del dólar del curso de la vida aplicable al tratamiento no-quirúrgico del síndrome de disfunción temporomandibular y síndrome de craneaomandibular.

### **Equipo Duradero Médico**

La renta o adquisición de equipo duradero médico es cubierto si:

- Es usado para el tratamiento de herida de enfermedad, o para la rehabilitación de una parte del cuerpo malformado;
- Es capaz de resistir uso repetido;
- Es para el uso en el hogar; y
- No puede ser usados para otro propósito.

Reparar o reemplazo de equipo no será Cubierto si:

- Es necesitado como el resultado de abuso; o
- El equipo fue usado para el propósito por cual no era la intención.

La máxima cantidad de renta no puede exceder la cantidad d adquisición.

### **Prostéticas/Ortesis**

Un prótesis es un dispositivo artificial unido al cuerpo para sustituir una parte que falta y para ayudar a su función. Un ortesis es una ayuda, un apoyo o una tablilla usados en la orden de un abastecedor para apoyar, para alinear o para corregir la función de una parte movible del cuerpo. La primera compra de un dispositivo prótesis permanente y de un “entrenamiento” conforme a la aprobación de FCCI. Los reemplazos no serán cubiertos debido al hurto de la pérdida, o destrucción. Necesitada los reemplazos debido al crecimiento o desgaste normal y rasgón será cubierta conforme a la aprobación de FCCI, y limitada a una por año civil. Prostéticas y ortesis están conforme a las limitaciones descritas en el horario de ventajas médicas.

### **Servicio de Ambulancia**

Servicio de Ambulancia de Tierra es Cubierto para Condiciones Médicas de Emergencia, si es Médicamente Necesario o autorizado por FCCI. Ambulancia de avión es Cubierto si transportación de un lugar a un Establecimiento de Servicio de Salud es apropiado y cercano y es Médicamente Necesario debido a la severidad de la Condición Médica de Emergencia, o si transportación de un Establecimiento de Servicios de Salud al otro es Médicamente Necesario debido a no tener disponibilidad de ciertos servicios.

## **Medicamento con Receta**

Medicamento con Receta son Cubiertos solamente si el Contrato Maestro del Empleador incluye una Cláusula de Medicamento con Receta, excepto para los siguientes servicios son Cubiertos o no si la Cláusula de Medicamento con Receta es incluido:

- Insulina y Medicamento con Receta para el tratamiento de diabetes; y
- Cobertura de inyecciones para alergias, quimioterapia y otros Medicamentos con Receta administrado en la oficina de un Proveedor.

## **Ensayos Clínicos Cubiertos**

Ensayos Clínicos Cubiertos tienen que satisfacer requisitos aplicables en esté Certificado también como lo siguiente:

- Tiene que involucrar la determinación por el Médico atendiendo, dato científico pertinente, y opiniones expertos en especialidades médicas pertinentes;
- Tienen que ser ensayos aprobados por centros o grupos cooperativas que son fundados por los Institutos Nacionales de Salud, la Administración de Alimentos y Drogas, Centros de Control de Enfermedades, la Agencia para la Investigación de Salud y Calidad, Ministerio de Defensa, o Ministerio de Asuntos de Veteranos;
- Tiene que ser realizada en un escenario y por personal que mantiene un nivel alto de pericia debido a entrenamiento, experiencia y volumen de pacientes; y
- Tiene que abastecer solamente a Afiliados que satisface el protocolo necesitado de los Ensayos Clínicos Cubiertos y proporcionar consentimiento informado.

Costos de servicios de salud Medicamente Necesarios asociados con la participación in los Ensayos Clínicos Cubiertos son Cubiertos. FCCI no Cubre:

- Servicios de salud que no son Medicamente Necesario;
- Servicios abastecidos solamente para satisfacer colección de datos y necesidad de análisis;
- Gastos Experimental/Investigación para drogas o aparatos;
- Servicios no abastecidos para el manejo clínico directo del Afiliado;
- Servicios o suministros soportado o fondado por una agencia nacional, fabricante comercial, distribuidores o otros patrocinadores de investigación de participantes en tal ensayos clínicos; o
- Drogas no aprobadas por FDA proporcionadas o disponible al Afiliado que recibe la droga durante Ensayos Clínicos Cubiertos después que el Afiliado ha participado en Ensayos Clínicos Cubiertos que son suspendidos

En el evento de que un Reclamo contenga cargos relacionados a Servicios Cubiertos, y esos cargos que no han sido o no pueden ser separados del costo para servicios que no son Cubiertos, FCCI puede negar el Reclamo entero.

### **Cirugía Reconstructiva de Seno**

Todas las etapas y revisiones de cirugía reconstructiva del seno resultado por mastectomía son Cubiertos. Complicaciones físicas en todas etapas de mastectomía, incluyendo edema linfático, son Cubiertos.

Como usado en esta sección, mastectomía significa la eliminación quirúrgica de todo o parte del seno como resultado de cáncer del seno o enfermedad del seno.

Cirugía Reconstructiva de Seno significa que cirugía realizada como el resultado de mastectomía, sin respecto al lapso entre la mastectomía y la reconstrucción, si el proveedor tratando lo aprobó, para:

- Establecimiento de simetría entre los dos senos;
- Reconstruir el lugar de la mastectomía;
- Creación de un nuevo montículo de seno;
- Reconstruir el pezón y la zona alrededor de la; y
- Reducir o ampliar el tamaño de seno no enfermo.

### **Cirugía Gástrica**

FCCI Cubre cirugía gástrica cuando:

- El Afiliado satisface la condición de guía clínico de FCCI para tal cirugía;
- El Afiliado no recibió previamente alguna forma de cirugía gástrica (sin tener en cuenta si o no el individuo era un Afiliado al tiempo de la cirugía); y
- El tipo de cirugía gástrica sugerido no es Experimental/Investigación, así determinado por FCCI.

El límite del beneficio Cubierto de cirugía gástrica aparece en el Programa de Beneficios Médicos.

### **Transplante de Órganos y Tejidos**

Si el Afiliado recibe recomendación para recibir un transplante de órgano o tejido, el Afiliado o Médico tiene que comunicarse con FCCI antes de programar la cirugía del transplante. Transplantes son Cubiertos si abastecidos por centro de transplante aprobados por FCCI.

Transplante Cubiertos son:

- Riñón;

- Corazón;
- Pulmón;
- Corazón-Pulmón junto;
- Hígado;
- Cornea;
- Páncreas-riñón juntos; y
- Médula ósea y célula de raíz periférico, excepto esos relacionados a altas dosis de quimioterapia para tejido de tumores sólidos.

Transplantes Experimental/Investigación no son Cubiertos, excepto en Ensayos Clínicos Cubiertos.

Servicios que por otro órgano humano y transplante de tejidos no son Cubiertos.

Servicios Cubiertos y recibido por el Afiliado y relacionado al transplante de Afiliado será abastecido el mismo nivel así como cualquier otra condición.

### **Cirugía Reconstructiva (no incluye Cirugía Reconstructiva de Seno)**

Servicios Cubiertos son limitados a cirugía para corregir:

- Un defecto funcional que fue un resultado de defecto de nacimiento; o
- Una condición de desfiguro severo resultado por una Herida;

### **Otros Servicios**

Servicios aparte a lo descrito bajo “Servicios Cubiertos” pueden ser Cubiertos en ciertos casos. El Afiliado, el Proveedor o FCCI puede recomendar algún servicio. FCCI Cubrirá el servicio si las siguientes condiciones son satisfechas:

- El servicio es aprobado por la Administración Médica de Programa de FCCI para tratamiento con más seguridad y costo efectivo que fuera de lo contrario si no abastecido;
- FCCI aprobó el servicio antes de que sea abastecido; y
- El Afiliado, Proveedor ateniende de el Afiliado, y FCCI están de acuerdo.

## EXCLUSIONES Y LÍMITACIONES

---

Los siguientes servicios, artículos, y suministros no son Cubiertos por FCCI:

- Tratamiento, servicios o suministros por una herida o enfermedad resultado por guerra o acta de guerra, declarado o no. Esto incluye tratamiento de discapacidades, enfermedades o heridas resultadas por servicio militar.
- Servicios, tratamiento o suministros que no se hubiera cobrado si el Afiliado tenía esta cobertura. Esto incluye, servicios, tratamiento de suministros, suministros para el tratamiento recibido de un persona que por lo general vive en el hogar del Afiliado o es un miembro inmediato en que el o ella (son relacionadas, como padres, abuelos, hermanos, o niño).
- Servicios de salud para una Herida sostenida mientras el Afiliado estaba comprometido en o la participación en la acta que ha sido procesado o puede ser procesado como un delito o delito grave por la agencia para cumplir con la ley.
- Servicios, tratamiento, o suministros en un Establecimiento de Servicios de Salud, o parte de una instalación, que es principalmente un lugar para (a) descanso, residencio o asistencia de vida; (b) convalecencia; (c) Cuidado de Custodia; (d) el anciano; o (e) entrenamiento o escuela.
- Tratamiento Experimental/Investigación, servicios, medicamentos o suministros, incluyendo servicios diagnósticos relacionados, exámenes o suministros y también sin tener en cuenta enfermedad o heridas aplicables. Esta exclusión no es aplicada a Ensayos Clínicos Cubiertos.
- Adquisición o haber de lentes, lentes de contacto, excepto por un par inmediatamente después de cirugía de catarata
- Examen como rutina de ojos e otros servicios rutinarios de ojos, examen de visión o pruebas a menos que el Empleador compre una Cláusula de Visión que será incluida en este Certificado. Esta Exclusión no será aplicada a un examen rutinario anual para Afiliados con un diagnóstico de diabetes.
- Queratotomía radiada, queratomileusis miópica y cualquier cirugía que involucra tejido de cornea para el propósito de alterar, modificar, o corregir miope, hiperopía o error astigmatismo.
- Servicios Dental, excepto en los descrito específicamente en la lista de “Servicios Cubiertos”, tratamiento relacionado a dentaduras, servicios ortodónticos y cirugía de la quijada.
- Servicios, tratamiento o suministros para la obesidad, reducción o control de peso, excepto la cirugía que satisface los requisitos para “Cirugía Gástrica” bajo “Servicios Cubiertos.”
- Servicios, tratamiento o suministros para pies débil, torcido o plano, o la inestabilidad o sin equilibrio de los pies, incluyendo zapatos ortopédicos u otros aparatos de soporte o el tratamiento para cortar, quitar callos o uñas.

- Servicios, tratamiento o suministros para complicación relacionada o cirugía por el tratamiento o una operación para mejorar la aparición si el tratamiento u operación original no fue un Servicio Cubierto o no pudiera haber sido un Servicio Cubierto si el individuo fuera un Afiliado.
- Para Inscriptos Tardíos, cargo de servicios, tratamiento o suministros por alguna Condición Preexistente por un periodo hasta 18 meses después de la Fecha de Inscripción, sujeto a los términos descritos en la sección “Inscriptos Tardíos y Exclusión de Condiciones Preexistente”.
- Cirugía Cosmética. Esto significa que cualquier cirugía hecho por medio para mejorar la aparición de cualquier parte del cuerpo y no para mejorar una función física. Algunos ejemplos son:
  - Cirugía para disminuir o piel extra;
  - Para aumentar o reducir procedimientos;
  - Rinoplastia o cirugía asociada; y
  - cualquier procedimiento utilizando un implante que no cambia la función física o no es incidente a un procedimiento quirúrgico.

Esta exclusión no se aplica a cirugía reconstructiva después de una Lesión.

- Servicios, tratamiento o suministros diseñado para alterar características físicas del Afiliado a eso del sexo opuesto, y cualquier otro cuidado (incluyendo pero no limitado a psicoterapia) o estudios relacionados a cambios de sexo.
- Servicios, tratamiento o suministro relacionado con aberración sexual, incluyendo servicios, tratamiento o suministros para la disfunción sexual a lo menos que sea relacionado a enfermedad biológico.
- Beneficios de maternidad para Dependientes Elegibles aparte de cónyuge. Complicación de Embarazo son Cubiertos para todos los Afiliados.
- Enfermera privada.
- Servicios, tratamientos o suministros por la infertilidad como inseminación artificial o un procedimiento de implantar para provocar embarazo, fecundación in vitro, medicamento de fertilidad, sonogramas o cualquier otro procedimiento de fertilidad.
- Inversión de cirugía de esterilización.
- Pruebas genéticas, excepto la prueba del saco amniótico si es Medicamento Necesario.

- Biorretroalimentación, terapia medioambiental, acupuntura, terapia de masaje, herbario, nutritivo y servicios de hipnoterapia.
- Consejo de matrimonio, aparte de intervención de crisis agudo.
- El reemplazo de una prótesis debido a una pérdida, robo, destrucción, no incluye el entrenador de prótesis temporarias.
- Servicios o suministros para el tratamiento de una lesión ocupacional o enfermedad que son pagados o pagadero bajo la Ley de Indemnización de Trabajadores de Carolina del Norte solamente al punto en que servicios o suministros es la responsabilidad del empleado, empleador o el transportista de seguro de indemnización de trabajadores de acuerdo con la adjudicación final bajo la Ley de Indemnización de Trabajadores de Carolina del Norte o un orden de la Comisión Industrial de Carolina del Norte aprobando el acuerdo bajo la Ley de Indemnización de Trabajadores de Carolina del Norte Indemnización de Trabajadores de Carolina del Norte.
- Artículos personales que no son directamente relacionado a los Servicios Cubiertos. Ejemplos de artículos excluidos incluye teléfono, televisión o la renta de tales artículos en entornos de paciente hospitalizado, paciente ambulatorio o en el hogar; acondicionadores de aire, humidificadores, deshumidificadores y purificadores de aire; equipo para el ejercicio, soporte de arco o ortótica usados para la participación de deportes.
- Aborto, a menos que la vida de la madre esté en peligro al llevar el feto al término.
- Cualquier servicio médico, psicológicos o psiquiátricos, tratamiento o suministros que son el resultado de una orden por tribunal o requisito de una tercera persona, al menos de ser Medicamento Necesario o exigido en un Orden Calificada de Mantenimiento Médico de Menores.
- Terapia ortomolecular incluyendo pero no limitado a nutricios, vitaminas y suplemento de comida y cualquier suplemento de nutricios o reemplazo de productos de comida.
- Logoterapia excepto para restaurar pérdida de hablar debido a lesión o enfermedad.
- Trabajo de laboratorio prematrimonial necesario por cualquier estado o ley municipal.
- Medicamento con Receta o sin Receta dispensado en la oficina del Proveedor.
- Tarifa para reportaje médico o para completar el formulario a menos que FCCI lo pida.
- Exámenes para obtener o mantener empleo, seguro, profesional u otras licencias, examen de escuela y físico de deporte.
- Comparecencia y procedimiento tribunal por un Proveedor.

- Servicios, tratamientos o suministros para retardo mental, desorden de retraso de desarrollo de comportamiento o discapacidades de aprendizaje excepto en diagnósticos limitados y educación expresamente listada bajo “Servicios Cubiertos.”
- Vacunas para el viaje internacional.
- Gastos de viaje y transporte. Gastos de viaje y transporte relacionados a un transplante puede ser Cubierto por FCCI cuando aprobado.
- Escleroterapia (inyección de solución esclerosantes) para el tratamiento de venas varicosas.
- Tarifas de no ir o cancelación de citas.
- Cualquier servicio, suministro o tratamiento por cual un agente quelante es usado excepto en el tratamiento de envenenado de metales pesadas.
- Cualquier servicio, suministro o tratamiento en exceso de Beneficios Anual o máxima durante la vida esta declarado en el Programa de Beneficios Médicos.
- Servicios Cubiertos por cual pago hecho bajo Medicare o cualquier otro programa federal, estatal o gobierno municipal (excluyendo Medicaid).
- Servicios, tratamiento o suministros no son específicamente descritos en Servicios Cubiertos.
- Servicios, tratamiento o suministros para delincuentes sexuales o perpetuar la violencia sexual o física.
- Complicaciones médicos o quirúrgico resultando por un Servicio No Cubierto.
- Tarifas extra sobre el costo acostumbre para obtener, almacenar o administrar sangre donado. Esto incluye que el Afiliado acorde la sangre donado sea usado por el Afiliado en el futuro.
- Exámenes, pruebas, aparatos de audición y otros servicios de audición rutinarios, tratamientos o suministros aparte de exámenes de audición Cubiertos para el recién nacido y menores menos de la edad de 17.
- Adquirir o ajuste de zapatos correctivas, dispositivo o aparatos Médicamente Necesario y aprobado por FCCI.
- Medicamento con Receta, excepto como sea en la lista de “Servicios Cubiertos” a menos que el Empleador haga adquisición de una Cláusula de Medicamento con Receta que será incluido con este Certificado.
- Servicios, tratamientos o suministros recibidos más de 180 días antes de la presentación de una Reclamación ante a menos que no fuera razonablemente posible que la Reclamación fue presentada dentro del período de 180 días. En tal caso, Reclamación tiene que ser sometida tan pronto como sea razonablemente posible pero no más tarde de un año a partir del momento en

que se remitió la reclamación, excepto en el caso de ausencia de capacidad legal del Afiliado. Este año de extensión, si se aplica, no requiere que FCCI haga pagos a Proveedores Participantes cuyos contratos permiten un período más corto en cual presentar las Reclamaciones. Sin embargo la extensión de un año enunciado en este párrafo será aplicado a cualquier pago que se le requiere al Afiliado hacer.

- Servicios, tratamientos o suministros por cual el Afiliado no tiene obligación financiero o en donde el o ella no requiere pagar Coseguro, Deducibles o Copagos.

## MANEJO MÉDICO

---

### Procedimientos Para Precertificación

Una corriente lista de servicios y artículos que requiere Precertificación esta incluido con el Certificado en el Adjunto A.

Afiliados son responsables de obtener cualquier Precertificación requerida antes de recibir servicios. Proveedores generalmente asisten en la obtención de Precertificación. Precertificación puede ser peticionada al llamar el número gratuito en la Tarjeta de Identificación FCCI o al enviar un fax peticionado a la Organización de Revisión de Utilización (URO). Esto tiene que ser hecho antes del comienzo de cualquier tratamiento para que el URO tenga tiempo de hacer una decisión u obtener más información si necesitada. Este requisito tiene que incluir:

- Nombre de Afiliado;
- Número de Identificación de Afiliado;
- El nombre y domicilio de cualquier Hospital o Establecimiento de Servicios de Salud que será usada; y
- El nombre del Proveedor Tratador.

**Aviso Importante:** Adicionalmente pueden aplicar una sanción de 20% de Coseguro a un Reclamo cuando Precertificación no es entregada por FCCI antes de que el Afiliado reciba servicios necesitando Precertificación. El aumento de la sanción no se cuenta contra la Cantidad Máxima de su Propio Bolsillo.

No se necesita Precertificación para Servicios de Emergencia.

No se necesita Precertificación para Servicios de Cuidado de Maternidad si la madre y niño descrito anteriormente bajo "Servicios Cubiertos". Si se necesita Precertificación para esos servicios que son aplicados más allá de servicios de maternidad rutinarias descrito arriba.

### Procedimiento para Certificación

La URO puede hacer una decisión de Certificación durante la Estadía en el Hospital del Afiliado o en el curso de tratamiento (incluyendo petición para una extensión en el curso de tratamiento más allá del

período de tiempo aprobado). FCCI tiene que abastecer beneficios para esos servicios hasta que el Afiliado reciba un aviso de Sin Certificación por escrito, por fax u otro aviso por escrito con respecto a servicios.

La URO notificara al Afiliado de la decisión de Certificación (aunque sea adverso o no) dentro de 3 días después de recibir un reclamo, a menos que la petición es para Servicios Médicos de Emergencia.

Este período puede ser extendido una vez por hasta 15 días si tiempo adicional es necesitado debido ha un fracaso de someter la información necesaria por el Afiliado para hacer una decisión de Certificación.

FCCI o la URO le dará al Afiliado Aviso de Extensión. El Aviso de Extensión describirá la información adicional pedida. El Afiliado tiene por lo menos 45 días de la fecha en que recibió Aviso de Extensión para someter información específica. La URO le dará una decisión al Proveedor y el Afiliado dentro de 3 días de negocio después de la fecha más temprano (a) de la fecha en que FCCI recibió información necesaria; o (b) el período terminado que fue dado al Afiliado para proveer la información.

Para Certificaciones solicitadas después de que el Afiliado recibe servicios de salud, el Afiliado será notificado de la decisión dentro de un período de tiempo razonable, pero no más de 30 días después de que FCCI acusar recibo de petición. Este período puede ser extendido una vez por FCCI por hasta 30 días si tiempo adicional es necesitado porque el Afiliado no sometió la información necesaria para decidir esta petición. FCCI o la URO le dará al Afiliado Aviso de Extensión. El Aviso de Extensión tendrá la información necesaria y el Afiliado puede tener hasta 90 días de acusar recibo para proveer la información necesaria. FCCI entonces le dará la decisión al Afiliado dentro de 30 días después o más mas temprano si (a) la fecha en que FCCI recibió la información o (b) al final de un período dado al Afiliado para proveer la información.

Precertificaciones y Certificaciones son usadas solamente para determinar beneficios. No es consejo médico y no determina la elegibilidad del Afiliado o inscripción. Pago, inscripción y aumento de beneficios son sujetos a todos los términos de este Certificado y el Contrato Maestro del Empleador. Una Precertificación o Certificación puede ser retirada solamente si la determinación fue a base de material tergiversado sobre condición de salud que fue deliberadamente hecho por el Afiliado o Proveedor del servicio, suministro u otro artículo. Cualquier petición de información hecho por los Afiliados de FCCI puede ser limitados a información necesaria para hacer una decisión de una Precertificación o Certificación.

### **Precertificaciones y Certificaciones Acelerados**

Afiliados tienen el derecho para una decisión más rápida o acelerado de la petición de Precertificación o Certificación después de seguir el estándar de límites de tiempo que:

- Seriamente poner en peligro la vida o salud del Afiliado,
- Poner en peligro la habilidad de el Afiliado de poder recuperar máxima función, o
- Pondría al Afiliado a que tuviera dolor severo que no puede ser suficientemente arreglado sin que los servicios sean sujeto a apelación,

En la opinión laico de una persona prudente con conocimiento de un promedio de salud o medicina, o en la opinión de un Médico con el conocimiento de la condición del Afiliado.

En estos casos, FCCI le dará al Afiliado la decisión (aunque adverso o no) lo más pronto posible, tomando en cuenta la situación médica, pero no a más tardar que las 72 horas después que FCCI reciba la petición a menos que el Afiliado falte proveer la información necesaria.

Si Afiliado falta en proveer la información necesaria, FCCI o la URO notificara al Afiliado de la información específica necesaria para hacer una decisión a más tardar de las 24 horas después de que FCCI reciba la petición. El Afiliado tiene 48 horas para proveer la información adicional. FCCI o la URO notificara al Afiliado sobre la decisión de Certificación a más tardar de las 48 horas después o más temprano si (i) FCCI acusar recibo de la información adicional o (ii) el fin del tiempo dado al Afiliado para proveer la información.

Para Certificación acelerado extendiendo servicios ya certificado, la decisión será hecha lo más pronto posible, considerando la situación médica. FCCI o la URO notificara el Afiliado de la decisión de Certificación dentro de 24 horas de acusar recibo de la petición por FCCI. Tal peticiones tienen que ser hechas a FCCI dentro de 24 horas antes del término del tiempo Certificado o servicios.

El aviso de negación de una Certificación o Precertificación acelerada puede ser oral. Sin embargo, aviso por escrito tiene que ser proporcionado al Afiliado no más tardar de 3 días después del aviso oral.

Si el Afiliado no esta de acuerdo con la negación de FCCI para Certificación o Precertificación, hay disponible un procedimiento de apelación. Es descrito en la sección título "Procedimiento de Apelación y Quejas de FCCI"

## **COMO HACER RECLAMO DE BENEFICIOS RECIBIDOS PARA SERVICIOS CUBIERTOS DE UN PROVEEDOR NO PARTICPANTE**

---

Proveedores Participantes someterán Reclamos a FCCI de parte del Afiliado. Proveedores No Participantes pueden requerir pago al tiempo de servicio y el Afiliado puede ser responsable de someter Reclamo. Al someter Reclamo para esos servicios abastecidos por un Proveedor No Participante, Afiliados tienen que someter copias de facturas para todos los cargos. Excepto como descrito abajo en "Asignatura de Beneficios", estos beneficios pueden ser pagados directamente al Proveedor. Formulario de Reclamo pueden ser obtenidos de Empleador o FCCI.

El Afiliado o el Proveedor tiene que hacer el Reclamo por correo a FCCI dentro de 180 días después de la fecha o el reclamo no será un Servicio Cubierto a menos que no sea razonablemente posible para que el Reclamo sea sometido dentro el período de 180 días. En tal caso, el Reclamo tiene que ser sometido so más razonablemente pronto posible pera a más tardar dentro de un (1) año del tiempo en que el Reclamo fue sometido, excepto en caso de ausencia de capacidad legal de Afiliado. Esta extensión de un año, no será aplicada a contratos de Proveedores Participantes en cual se permite un corto período en cual someter Reclamos. La extensión de un año será aplicada a pagos que el Afiliado es requerido hacer.

FAVOR DE ENVIAR RECLAMO COMPLETO A:  
FIRSTCAROLINACARE INSURANCE COMPANY, INC.  
42 Memorial Drive, Suite 1  
Pinehurst, NC 28374

FCCI puede, de tiempo a tiempo, identificar ciertos Proveedores No Participantes en cual el Afiliado no puede ser asignado beneficios bajo este Certificado. El Empleador será abastecido con una lista de tales Proveedores. Si el Afiliado recibe Servicios Cubiertos de estos Proveedores, FCCI puede entregar pago al Afiliado en vez del Proveedor, aunque el Afiliado autorice que los beneficios sean asignados al Proveedor.

## **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

---

### **Orden de Pago**

Si el Afiliado esta inscripto en otro plan de salud colectivo, FCCI puede coordinar beneficios con el otro plan para que beneficios pagados por los dos planes no excedan la cantidad máxima permitida para Servicios Cubiertos. Cuando beneficios son coordinados, un plan paga primero (“plan primario”) y el otro plan (“plan secundario”) puede según tener beneficios reducidos. El estado de Carolina del Norte ha establecido reglas uniformes para determinar como serán los benéficos coordinados. Las reglas con respecto a la orden de pago es descrito abajo:

- El plan cubriendo alguna persona como empleado primario.
- El plan cubriendo alguna persona como cónyuge es secundario.
- El plan cubriendo un niño como dependiente del padre en que la fecha de nacimiento caí primero durante el año es primario.
- Si los padres tienen la misma fecha de nacimiento, el plan que ha cubierto el padre por un período de tiempo mas largo será primario.
- Si los padres están divorciados o separados, el plan que cubre el niño como dependiente del padre que tiene custodia primaria.
  - El plan que cubre al niño como dependiente del cónyuge del padre que tiene custodia primaria a –
  - El plan que cubre al niño como dependiente del padre sin custodia.
- Si hay una orden tribunal que requiere que el padre compre cobertura de salud para el niño y FCCI tiene conocimiento del la orden tribunal, entonces ese plan será primario.
- Un plan que cubre una persona aparte de que sea despedido por falta de trabajo o un empleado jubilado o como dependiente aparte del despedido por falta de trabajo o empleado jubilado es primario al plan que cubre la persona despedido por falta de trabajo o empleado jubilado (a menos que esto resulte en un conflicto en determinar la orden de beneficios).

- Si ningunas de las reglas arriba pueden ser aplicadas, el plan que ha cubierto una persona por más tiempo es primario.
- Si el otro plan no tiene reglas que establece el mismo orden de beneficios como FCCI, entonces el plan será primario.

En orden para determinar si coordinación de beneficios aplica, FCCI puede pedir información de parte del Afiliado. Una respuesta rápida le asistirá a FCCI procesar el Reclamo rápidamente.

### **Facilidad de Pago**

Un pago hecho bajo cualquier otro plan que puede incluir un aumento que debe ser pagado por FCCI. Si lo hace, FCCI puede pagar el aumento al plan que hizo el pago. Ese aumento será tratado como si fuera un beneficio pagado bajo este Certificado y FCCI no tendrá que pagar el aumento otra vez.

### **Derecho a Recuperación**

Si el aumento de pagos hechos por FCCI es más de lo que debe hacer pagado bajo las reglas de coordinación de beneficios, entonces puede recuperar el exceso de uno más de los siguientes:

- Personas que han sido pagadas o por cual ha sido pagado;
- Compañías de seguro; o
- Otras organizaciones.

El aumento de pagos hechos incluye el razonable efectivo valor de cualquier beneficio abastecidos en forma de servicios.

### **Coordinación Con Medicare**

Reglas especiales pueden ser aplicadas si el Afiliado es elegible para Medicare. Beneficios serán pagadas de acuerdo con las reglas de Medicare y no excederá Medicare permitido.

## **CONTINUACIÓN DE COBERTURA Y CONVERSIÓN DE COBERTURA**

---

### **En General**

Si Inscripción terminó debido a pérdida de empleo o si otro “evento cualificado” ocurre, el Subscriptor y cualquier otro Dependiente Elegible puede tener derecho a:

- Continuación de cobertura bajo leyes federales o estatales; o
- Conversión de Cobertura.

Estos tipos de cobertura son explicados en las secciones siguientes abajo.

### **Continuación de Cobertura**

El Empleador es responsable para determinar si Miembros son elegibles para continuar cobertura de salud debajo de cualquiera de las leyes federales o estatales, descrito abajo.

### Continuación de Cobertura bajo Ley Federal

Esta sección contiene información importante sobre derechos a la Continuación de Cobertura COBRA, que es una extensión de cobertura temporaria bajo este Certificado. Que es lo que explica la Continuación de Cobertura COBRA, cuando puede ser disponible y que hacer para proteger el derecho para recibirlo.

El derecho para la Continuación de Cobertura Cobra fue creado por ley federal, el Presupuesto de Antología Consolidado Conciliación de la Ley de 1985 (“COBRA” para corto). La Continuación de Cobertura COBRA es una continuación de cobertura de salud cuando cobertura fuera de lo contrario termina porqué la vida del evento conocido como “evento calificado”. Eventos calificados están específicamente listados abajo. Después de un evento calificado, Continuación de Cobertura COBRA tiene que ser ofrecida a cada individuo que es un “beneficiario calificado”. El Suscriptor y Dependiente Elegibles pueden ser beneficiarios calificados si cobertura es perdida por un evento calificado. Beneficiarios calificados que eligen continuación de cobertura COBRA tienen que pagar para esta cobertura.

### Cuando Continuación de Cobertura COBRA es Disponible

Un Suscriptor hará un beneficiario cualificado si él u ella pierden cobertura debajo de este Certificado porque sucede cualquiera uno de los acontecimientos calificativos siguientes:

- Las horas del empleo se reducen, o
- El empleo termina por cualquier razón con excepción de mala conducta gruesa.

Un cónyuge de un Suscriptor puede hacer un beneficiario cualificado si:

- El Suscriptor se muere;
- Las horas del Suscriptor del empleo se reducen;
- El empleo del Suscriptor termina por cualquier razón con excepción de mala conducta gruesa;
- El Suscriptor se da derecho a beneficios de Medicare (bajo parte A o B o ambos); o
- Divorcian o se separan legalmente al esposo del Suscriptor.

Otros dependientes pueden hacer beneficiarios cualificados si pierden cobertura porque:

- El padre Suscriptor muere;
- Las horas del padre del Suscriptor del empleo se reducen;
- El empleo del padre del Suscriptor termina por cualquier razón con excepción de mala conducta gruesa;
- El padre del Suscriptor se da derecho a beneficios de Medicare (bajo parte A o B o ambos); o

- Divorcian o se separan legalmente el Suscriptor y el cónyuge; o
- El Dependiente para de ser Dependiente Elegible.

Continuación de Cobertura COBRA será ofrecido los beneficiarios cualificados solamente después que notifican a la FCCI que ha ocurrido un acontecimiento calificativo. Cuando el acontecimiento calificativo es la reducción de horas, terminación del empleo, muerte del Suscriptor o del Suscriptor que hace elegible para Medicare, entonces el Empleador debe notificar a FCCI.

Para otros acontecimientos calificativos (divorcio o separación o pérdida legal de estado Dependiente Elegible, el Suscriptor debe notificar a FCCI dentro 60 días después de que ocurre el acontecimiento calificativo. El aviso se debe proporcionar al Coordinador de la COBRA de la FCCI en el número o la dirección de teléfono abajo, junto con copias de verificar documentos.

#### Inscripción en Continuación de Cobertura COBRA

Una vez que la FCCI consiga el aviso que haya ocurrido un acontecimiento calificativo, Continuación de Cobertura COBRA será ofrecida a cada uno de los beneficiarios cualificados, quién tendrá un derecho independiente de elegir Continuación de Cobertura COBRA. Los Suscriptores pueden elegir por nombre de parte del esposo No Suscriptor y los padres pueden elegir por nombre de parte de sus Dependientes Elegibles. La FCCI enviará el aviso de la elección dentro de 14 días del aviso del acontecimiento calificativo. Los beneficiarios cualificados tendrán 60 días en los cuales responder al aviso de la elección.

#### Cuánto tiempo La Continuación de Cobertura COBRA Dura

Continuación de Cobertura COBRA es una extensión temporal de la cobertura. Cuando el acontecimiento calificativo es la muerte del Suscriptor, el Suscriptor que se da derecho a Medicare, Divorcio o separación legal del Suscriptor, o pérdida de estado Dependiente Elegible, la Continuación de Cobertura COBRA dura para un total de 36 meses.

En la mayoría del caso, cuando el acontecimiento calificativo es reducción en horas o la terminación del empleo, el período de la Continuación de Cobertura COBRA es generalmente solamente hasta 18 meses. Cuando el acontecimiento calificativo es el final de empleo o de la reducción sobre horas, y el Suscriptor se dio derecho a Medicare menos de 18 meses antes del acontecimiento calificativo, la Continuación de Cobertura COBRA para los beneficiarios cualificados con excepción del Suscriptor dura hasta 36 meses después de la fecha del derecho de Medicare. Por ejemplo, si un Suscriptor se da derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha de la terminación del empleo, Continuación de Cobertura COBRA para el cónyuge de el u ella y dependientes pueden durar hasta 36 meses después de la fecha del derecho de Medicare, o 28 meses después de la fecha del acontecimiento calificativo (36 menos 8).

El período de 18 meses se puede prolongar de dos otras maneras.

- Extensión de Discapacidad

Si la Administración de Seguridad Social determina a un beneficiario cualificado que se inhabilitará y la FCCI es oportuna notificado, los beneficiarios cualificados pueden ser dados

derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de la Cobertura de la Continuación de Cobertura COBRA, para un máximo de 29 meses. La discapacidad calificativa debe haber comenzado durante los primeros 60 días de la Continuación de Cobertura COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses. El aviso de la determinación de discapacidad se debe proporcionar al Coordinador de la COBRA de la FCCI.

- Extensión del Segundo Acontecimiento Calificativa

Si el Suscriptor o los Dependientes Elegibles tienen otro acontecimiento calificativo durante el período de 18 meses, pueden ser elegibles por hasta 18 más meses, para un máximo de 36 meses de Continuación de Cobertura COBRA. Esta extensión está disponible si, durante el primer período de la Continuación de Cobertura, el Suscriptor o Suscriptor antiguo muere, es derecho a Medicare, es divorciado o legalmente separado, o si el dependiente pierde estatus Elegible de dependiente, pero solamente si estos acontecimientos hubieran hecho al Suscriptor o a Dependientes Elegibles perder cobertura si no habría ocurrido el primer acontecimiento calificativo.

### Cambio de Domicilio

Para proteger las derechos del Afiliado debajo de COBRA, es importante notificar al Empleador y FCCI de cualquier cambio de dirección para los Suscriptores y los Dependientes Elegibles. Los Afiliados también deben guardar las copias de cualquier aviso enviado al Empleador o a la FCCI.

### Más Información

Preguntas sobre los derechos de la Continuación de Cobertura COBRA deberían ser dirigidas a los contratos abajo. Para mas información sobre derechos bajo ERISA, incluyendo COBRA, y la Ley de Seguro de Salud y Portátil y Contabilidad (HIPPA) y otras leyes afectando estos planes de salud, Afiliados pueden comunicarse con la oficina regional o en el distrito mas cercana del administración de Beneficios del Departamento de Empleados Trabajadores (EBSA) en la área local o visite la red al [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa).

### Contacto de Información de la FCCI

El Coordinador de COBRA para la FCCI pueden ser alcanzadas al 910-715-8100 o al

FIRSTCAROLINACARE INSURANCE COMPANY, INC.  
42 Memorial Drive, Suite 1  
Pinehurst, NC 28374

### Continuación de Cobertura bajo Ley Estatal

Si el Suscriptor del Empleador no es sujeto a COBRA (si el Empleador tiene más de 19 empleados o menos con pleno empleo o es un plan de la iglesia o gobierno), un Suscriptor puede ser elegible por 18 meses de Continuación de Cobertura bajo la ley de Carolina del Norte.

El Suscriptor puede elegir la cobertura para se o ella misma y sus o sus Miembros de la Familia en el acontecimiento la cobertura es perdido debido a la terminación del empleo o a la reducción sobre las horas del empleo.

Si está dado derecho para indicar Continuación de Cobertura, el Suscriptor debe:

- Notifique a Empleador de cualquiera de los acontecimientos calificativos enumerados arriba;
- Elija la Continuación de Cobertura del estado en el plazo de sesenta (60) días después de extremos de la elegibilidad notificando al Empleador y pagando el premio inicial requerido; y
- Pague las primas mensuales al Empleador cuando deuda.
- El Empleador puede cargar un honorario administrativo adicional del 2% sobre la tarifa superior total para los costes de la administración.

La Continuación de Cobertura del estado está conforme a estas condiciones:

- Un Suscriptor debe ser cubierto en el plan del grupo para los tres meses enteros momentos antes de los extremos de la cobertura de la fecha;
- Un Suscriptor no será elegible si:
- La cobertura terminó debido a una falta de pagar la porción del empleado del coste;
- El Suscriptor es elegible para las ventajas similares bajo otro plan de la salud en el plazo de 31 días después de la fecha del termino de la cobertura; o
- El Contrato Maestro del Empleador reemplaza ese con la misma cobertura dentro de 31 días.

Si la Continuación de Cobertura termina porque el Contrato Maestro del Empleador termina, el Afiliado puede tener derecho a Conversión de Cobertura. Esto aplica si el Afiliado primeramente continua cobertura por 18 meses.

- Continuación de Cobertura estatal va terminar:
- La fecha después de 18 meses de la fecha en que el Suscriptor perdió elegibilidad.
- La fecha en cual el periodo termina por cual el premio fue pagado ultimo.
- La fecha en cual el Afiliado hacerse elegible bajo otro plan de grupo; o

La fecha los extremos del Contrato Maestro del Empleador. Si el Empleador substituye el acuerdo principal del Empleador por otro plan del grupo, la Continuación de Cobertura del estado se puede continuar bajo ese plan del grupo para el período restante.

### **Conversión de Cobertura**

La ley de Carolina del Norte proveer para Conversión de Cobertura bajo ciertas condiciones. Si el Suscriptor no es elegible para la Continuación de Cobertura, el o ella puede elegir Conversión de

Cobertura dentro de 31 días de la pérdida de la Continuación de Cobertura. Otros términos y condiciones pueden aplicar. Contacte al Empleador para descubrir más sobre la Conversión de Cobertura a través de FCCI.

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL AFILIADO**

---

### **Derechos del Afiliado**

La FCCI está confiada a sus Afiliados y sus derechos. Afiliados de la FCCI tienen el derecho a:

- Aislamiento y respecto de la búsqueda.
- Escoger un Proveedor de Salud Primario (PCP) de la lista de PCP Participantes.
- Apruebe o rechace el lanzamiento de la información personal a menos que cuando es permitido o requerido por la ley.
- Asistir el Proveedor y FCCI hacer decisiones sobre opciones de cuidado de salud.
- Obtener archivos de salud de manera legítima.
- Reciba los materiales impresos sobre beneficios, servicios y Proveedores Participantes. Si esta información no se recibe o si hay algunas preguntas, los Afiliados pueden entrar en contacto con el Departamento de Servicios del Afiliado de la FCCI.
- Obtener información sobre Proveedores Participantes; preguntas sobre sus calificaciones.
- Entre en contacto con a FCCI para hacer quejas o sugerencias sobre Proveedores, servicios, ventajas o cualquier otro aspecto de la FCCI.
- Hacer Directivas Avanzadas.
- Sea dicho por Proveedores qué él sabe sobre la condición de la salud un Afiliado. Esto incluye la información encendido:
  - Diagnóstico,
  - Pronóstico,
  - Opción de tratamiento, y
  - Riesgos y complicaciones posibles.

### **Responsabilidades del Afiliado**

Lo que sigue es una lista de maneras que los Afiliados pueden compartir en la responsabilidad de su salud:

- Confórmese con los requisitos para la cobertura debajo de este Certificado.
- Establecer una relación de Proveedor/paciente con el PCP.
- Trabajar con el PCP para planear y organizar servicios de cuidado de salud.
- Portar la Tarjeta de Identificación de FCCI a todos tiempos.
- Presentar la Tarjeta de Identificación de FCCI al estar recibiendo servicios de cuidado de salud y proteger la Tarjeta de Identificación de uso no autorizado.
- Hacer citas en avanzado.
- Ir a citas.
- Llamar avanzadamente si va faltar su cita.
- Usar Manutención de Salud y Servicios Preventivos.
- Informar Proveedores sobre estatus de salud.
- Decirle a FCCI y al Empleador de otras coberturas de salud, cambio de domicilio o acontecimientos calificados.
- Al tiempo de servicio, pagar todos los Copagos, Coseguros y Deducibles cobrado por el Proveedor.
- Decirles al Empleador por lo menos de cinco (5) días laborales antes del fin del mes (o como dirigido por el Empleador) por cualquier cambio a la cobertura.
- Hacer preguntas sobre beneficios antes de recibir servicios.
- Uso de cuidado de salud responsablemente.
- Tomar ventaja de la Línea de Asistencia de Enfermera.
- Se asegura de haber obtenido todas las Precertificaciones necesarias.

### **Directivas Avanzadas**

Directivas Avanzadas pueden contener instrucciones sobre lo siguiente:

- Qué tratamientos médicos una persona desea recibir o rechazar.
- Quién tomará las decisiones de la salud para una persona cuando él o ella cuando están muy enfermos y no puede hacerlo sí mismo o ella misma.

- Qué tratamientos una persona aceptará y rechazará y la persona que debe tomar las decisiones para ellas.

La FCCI anima a Afiliados que piensen de opciones del tratamiento en el caso de una enfermedad o de lesión seria, y para discutirlos con un PCP. Las Directivas Avanzadas no se requieren. Si un Afiliado tiene una Directiva Avanzada, las copias se deben dar a Proveedor(es) regular y a los Afiliados de la familia.

Afiliados no se tratarán diferentemente por FCCI o el Proveedor basado encendido si o no hay un Directivo Avanzado.

Para mas información sobre Directivas Avanzadas, Afiliados deberían comunicar su Proveedor, abogado, o el Representante de Servicios del Afiliado.

## **QUEJAS, APELACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS**

---

### **Calidad de Salud de Quejas**

Quejas sobre la calidad del cuidado de un Proveedor, el servicio o los problemas del servicio con una Facilidad de Servicio de Salud no se considera las Apelaciones o Reclamos y se maneja por separado.

Para las quejas referentes la calidad del cuidado clínico o al nivel de los servicios entregados por un Proveedor, la FCCI reconocerá la queja en escribir dentro de 10 días laborales después de recibirlo. Esta letra aconsejará al Afiliado que la FCCI refiera la queja al comité del gravamen de la calidad de FCCI para la revisión y la consideración o cualquier acción apropiada contra el Proveedor. La ley de Carolina del Norte no permite un segundo nivel de la revisión para las quejas referentes a la calidad del cuidado.

### **Estándar de Apelaciones**

Si un Afiliado no acuerda con una decisión para negar Certificación o Precertificación de un servicio médico, la decisión puede ser apelada.

Los Afiliados tienen 180 días después del Afiliado haber recibido la decisión para solicitar una Apelación de la negación de la Certificación o Precertificación.

El Afiliado (o una persona que actúa en el favor del Afiliado) debe escribir una letra a la FCCI para iniciar una Apelación con respecto a los servicios que no es Cuidado Urgente. La letra se debe enviar a:

FIRSTCAROLINACARE INSURANCE COMPANY, INC.  
42 Memorial Drive, Suite 1  
Pinehurst, NC 28374  
Attention: Appeals and Grievance Coordinator

Dentro de 3 días laborales después de conseguir el pedido escrito una Apelación, la FCCI proporcionará el nombre y el número de teléfono del Coordinador de Apelaciones y Quejas. El Afiliado también conseguirá las instrucciones para someter el material escrito para la revisión. FCCI enviara una decisión por escrito dentro de 30 días después de la fecha en que FCCI recibe la Apelación.

### **Apelación por Avanzado**

Afiliados tienen el derecho a una Apelación apresurada y rápido para una decisión de Precertificación o Certificación si los siguientes estándares de límites de tiempo son:

- Comprometa seriamente la vida o la salud del Afiliado,
- Comprometa la capacidad del Afiliado de recuperar la función máxima, o
- Sujetaría a Afiliado al dolor severo que no se puede manejar adecuadamente sin los servicios conforme a la suplicación, según la opinión de un laico prudente con un conocimiento de la salud y de la medicina, o según la opinión de un Médico con el conocimiento de la condición del Afiliado.

El Afiliado puede llamar a FCCI al 910-715-8100 solicitar verbalmente una Apelación apresurada.

Para Apelación apresuradas, FCCI tiene que darle al Afiliado una decisión dentro las 72 horas en que FCCI recibió la Apelación. Si la Apelación es relacionada a tratamiento en marcha, FCCI tiene que darle al Afiliado una decisión, después de consultar con un médico, dentro de 24 horas al haber recibido Apelación, si el cuidado no será completo dentro de 24 horas.

Apelaciones Apresuradas no son disponibles en ciertos casos en donde el Afiliado ya recibió servicios.

El Afiliado puede comunicarse al Departamento de Seguro de Carolina del Norte 1201 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-1201 (800) 546-6554 (solamente para residentes en Carolina del Norte) o (919) 733-2004 (para personas afuera de Carolina del Norte) para más información sobre leyes estatales respecto a Apelaciones.

Los miembros también pueden entrar en contacto con el programa paciente manejado de la ayuda del cuidado cerca:

Correo electrónico al: [MCPA@ncdoj.com](mailto:MCPA@ncdoj.com);

Por teléfono al 866-867-MCPA (6272) (llamada gratuita par los residentes de Carolina del Norte) o 919-733-MCPA (6272) (para las personas que viven fuera de Carolina del Norte); o

Por escrito al: Managed Care Patient Assistance  
Attorney General's Office  
9001 Mail Service Center  
Raleigh, NC 27699-9001

Domicilio Físico: 114 West Edenton Street  
Raleigh, NC 28603

Si el Afiliado no conviene con la decisión de FCCI en ninguna Apelación, él o ella puede pedir la decisión ser repasado otra vez. Esto se conoce como segundo nivel de Queja. El segundo procedimiento del Queja del nivel se describe abajo.

### **Procedimiento de Quejas**

#### Primer Nivel de Queja

Un Afiliado o alguien que actúa en el favor del Afiliado puede someter una queja (refiera a la definición de la queja por ejemplos).

Todas las Quejas deben ser escrita y proveer todos los detalles sobre la Queja, incluyendo la fecha del evento, lugar y gente involucrada. Envíe al:

FIRSTCAROLINACARE INSURANCE COMPANY, INC.  
42 Memorial Drive, Suite 1  
Pinehurst, NC 28374  
Attention: Appeals and Grievance Coordinator

Dentro de 3 días laborales después de que FCCI recibe un Queja, FCCI le proporcionar el nombre y numero de teléfono del Coordinador de Quejas y Apelaciones. El Afiliado también recibiera instrucciones en como someter material por escrito para la revisión del primer nivel de Quejas. No hay ningún derecho para atender la primera revisión del primer nivel de Quejas.

FCCI enviara una decisión dentro de 30 días de la fecha en cual FCCI recibió el primer nivel de Quejas. La decisión incluye razón(es) de negación si la decisión no es a favor del Afiliado y también incluirá instrucciones en que hacer si se desea revisión adicional.

#### Segundo Nivel de Quejas

El Afiliado o alguien que actúa en el su favor puede solicitar la revisión de segundo nivel (1) de una decisión no en el favor del Afiliado de la revisión del primer nivel Quejas y (2) de una decisión no en el favor del Afiliado en una Apelación de un Sin Certificación.

El Afiliado o su representante deben enviar un pedido escrito una revisión de segundo nivel de Quejas. Esta petición se debe hacer en el plazo de 30 días de recibir la primera decisión del nivel. Esta petición escrita se debe enviar a:

FIRSTCAROLINACARE INSURANCE COMPANY, INC.  
Member Services Department  
42 Memorial Drive, Suite 1  
Pinehurst, NC 28374

Attention: Appeals and Grievance Coordinator

Después de que la FCCI consiga el segundo nivel de petición de revisión, FCCI enviará la información importante dentro de 10 días laborales. Esta información incluirá el nombre y el número de teléfono del Coordinador de Quejas y Apelaciones y una declaración de los derechos del Afiliado relacionadas con el proceso del Quejas. Éstos incluyen los derechos para:

- Para pedir y recibir de parte de FCCI información importante de la revisión;
- Para explicar la posición de el o ella a la revisión del grupo del segundo nivel.
- Para someter el material de soporte antes y en de la reunión de la revisión;
- Para hacer preguntas de cualquier miembro del grupo de revisión;
- Ser ayudado o ser representado por una persona que el Afiliado que elige, incluyendo un miembro de la familia, Representante o abogado del Empleador; y
- Para participar en el segundo nivel de Queja vía conferencia de teléfono.

El grupo de revisión celebrará una reunión de la revisión en el plazo de 45 días después de recibir la petición de la revisión. Dirán el Afiliado la fecha de la reunión por lo menos 15 días antes de la reunión. El Afiliado no tiene que asistir a la reunión de la revisión para recibir una revisión completa y justa. Dentro de 7 días laborales después de que satisfaga, el Afiliado recibirá una letra que describe la decisión del segundo nivel del grupo de revisión del nivel.

Un Afiliado puede pedir revisión del segundo nivel que ocurra en un horario más rápido. Un programa es disponible más rápido si el estado de tiempo descrito arriba pone a riesgo gravemente la vida o salud de un Afiliado y la habilidad de recuperar la máxima función que esta arriesgado. Una revisión del segundo nivel apresurada es disponible aunque o no se hizo revisión inicial de Apelación fue hecha en la programación mas rápido. FCCI va hacer la revisión y dará una decisión dentro de 4 días después de haber recibido la información necesaria. La reunión de revisión puede ser tomada por llamada telefónica o por el intercambio de información escrita.

El procedimiento de Queja de la FCCI, (incluyendo el segundo nivel de queja disponible después de Apelación o Sin Certificación) es voluntaria para Afiliados.

El Departamento de Seguro de Carolina del Norte es disponible para asistir consumidores con problemas relacionados y preguntas sobre seguro. Preguntas pueden ser dirigidas por escrito al:

The North Carolina Department of Insurance  
1201 Mail Service Center  
Raleigh, NC 27699-1201  
O por teléfono al 800-546-5664.

Afiliados que son elegible para recibir beneficios a través de un plan de empleados de beneficios de bien estar gobernado por la Ley de Seguridad de Ingresos en la Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA) tienen el derecho de traer una acción civil bajo sección 502(2) de ERISA que sigue una decisión adversa sobre Apelación. Para mas información de derechos bajo ERISA, favor de remitir al "Aviso sobre la Ley de Seguridad de Ingresos en la Jubilación para los Empleados) cerca el termino de este Certificado.

## **Reviso Externo**

### En General

Además de Apelación de FCCI y de Procedimientos del Quejas, la ley de Carolina del Norte prevé la revisión de las decisiones de Sin Certificación por un externo, organización independiente de la revisión (IRO). El Departamento de Seguro de Carolina del Norte (NCDOI) administra este servicio voluntario sin ninguna carga al público. El Afiliado y el representante del el o ella puede pedir un Reviso Externo. FCCI le notificara al Afiliado por escrito del derecho para hacer esta petición de un Reviso Externo al tiempo de recibir:

- Al recibir una decisión sobre Sin Certificación;
- Un decisión de Apelación que esta parando la decisión de Sin Certificación, o
- Una revisión de Quejas de segundo nivel y esta parando Sin Certificación original.

### Elegibilidad

En orden para que un Afiliado sea elegible para la Revisión Externa, el NCDOI debe determinar lo

- Que la petición está sobre una determinación médica de la necesidad que dio lugar a una decisión de Sin Certificación,
- Que el Afiliado tenía cobertura con FCCI en efecto cuando la decisión Sin Certificación fue entregada,
- Que el servicio para el cual el Sin Certificación fue publicado aparece ser un Servicio Cubierto debajo del Certificado, y
- Que la revisión interna de FCCI han sido agotado así descrito abajo.

La Revisión Externa se realiza en un estándar y un horario apresurado, dependiendo se solicita de cuál y encendido si las circunstancias médicas resuelven los criterios para la revisión apresurada.

Para una Revisión Externa estándar, el proceso de revisión interno es agotado cuando el Afiliado ha:

- Apelación completadas por FCCI y segundo nivel de Quejas son revisadas y recibo de un segundo aviso con determinación de FCCI, o

- Archivó un segundo nivel de Queja y a menos que el Afiliado solicitado o convenido retrase, no han recibido la decisión escrita de FCCI en el plazo de 60 días de la fecha que la petición fue sometida, o
- Notificación recibida que la FCCI ha acordado renunciar el requisito para agotar la Apelación interna o segundo nivel de Queja.

Si el pedido una Revisión Externa estándar se relaciona con una Sin Certificación retrospectivo (una No Certificación que ocurra después de que se hayan recibido los servicios), el Afiliado no será elegible solicitar una revisión hasta que FCCI termine la revisión interna en proceso y recibo por escrito con una determinación final de FCCI.

### **Revisión Externa Estándar**

Si un Afiliado desea solicitar una Revisión Externa estándar, él o ella (o un representante) debe hacer esta petición a NCDOI en el plazo de 60 días de recibir el aviso escrito de la FCCI de la determinación final que los servicios en la pregunta no son aprobados. Al procesar el pedido la Revisión Externa, el NCDOI requerirá haber escrito, autorización firmada para el lanzamiento de cualquier expediente médico que puedan necesitar ser repasado con el fin de alcanzar una decisión sobre la Revisión Externa.

Dentro de 10 días laborales del recibo del pedido una Revisión Externa estándar, el NCDOI notificará al Afiliado y al Proveedor de el o ella si la petición es completa y si está aceptado. Si el NCDOI notifica al Afiliado que la petición es incompleta, el Afiliado tiene que proveer información adicional al la NCDOI dentro de 91 días de la fecha en que FCCI escribió el aviso final de determinación. Si la NCDOI acepta la petición, el aviso de aceptación debe incluir:

- El nombre e información de contacto para la Organización de Revisión Independiente (IRO) asignado al caso del Afiliado,
- Una copia de la información sobre el caso de el o ella que FCCI ha proporcionado al NCDOI,
- Note que la FCCI proveerá de usted una copia de los documentos y de la información considerados a tomar la decisión de la negación (que también será enviada al IRO), y
- Notificación que la documentación escrita adicional de la información y de soporte relevante a Sin Certificación inicial al asignado al IRO se puede aceptar en el plazo de 7 días de la fecha del aviso de la aceptación.

Si el miembro elige proporcionar alguna información adicional al IRO, él o ella debe también proporcionar la misma información a la FCCI en el mismo tiempo usando los mismos medios de la comunicación (ej., envíe por telefax la información a la FCCI si la está enviada por telefax al IRO). Al enviar por telefax la información a la FCCI, tiene que ser enviada al 1-910-715-8102 o llamada gratuita al 1-866-896-1941. Por correo, el domicilio es:

FIRSTCAROLINACARE INSURANCE COMPANY, INC.

42 Memorial Drive, Suite 1  
Pinehurst, NC 28374

Observe por favor que un Afiliado puede también proporcionar esta información adicional al NCDOI dentro del plazo de siete días de en vez que de enviarlo directamente al IRO y a la FCCI. El NCDOI transmitirá a esta información el IRO y la FCCI dentro de dos días laborales de recibir la información adicional.

El IRO enviará el aviso escrito de su determinación en el plazo de 45 días de la fecha que el NCDOI recibió la petición de Revisión Externa estándar. Si la decisión del IRO es invertir la Sin Certificación, la FCCI invertirá la decisión de Sin Certificación dentro de 3 días laborales de recibir el aviso de la decisión del IRO, y proporcione la cobertura para el servicio o suministro solicitado que era el tema de la decisión de Sin Certificación. Si el Afiliado no es Inscrito en la FCCI al tiempo en que la FCCI recibe el aviso de la decisión del IRO de invertir Sin Certificación, solo FCCI abastecerá cobertura y suministros para esos servicios actualmente recibidos o que puedan ser recibidos antes del Termino de Inscripción si el servicio no fuera sido una Sin Certificación que primeramente se pidió.

### **Revisión Externa Apresurada**

Una Revisión Externa apresurada de una decisión de Sin Certificación puede estar disponible si el Afiliado tiene una condición médica donde se esperaba que comprometiera seriamente vida o salud o comprometería el tiempo requerido para terminar una apelación interna apresurada o la revisión de segundo nivel de quejas o una Revisión Externa estándar razonablemente la capacidad de recuperar la función máxima. Si el Afiliado resuelve este requisito, él o ella puede hacer una petición escrita o verbal al NCDOI para una revisión apresurada después del Afiliado:

- Recibe un aviso de Sin Certificación de parte de FCCI Y someten una petición con FCCI para una apelación apresurada, o
- Recibe una decisión de apelación defendiendo Sin Certificación Y somete un archivo con FCCI por una revisión de segundo nivel de Queja, o
- Recibe una revisión de segundo nivel de queja defendiendo Sin Certificación original.

El Afiliado puede también hacer un pedido para una Revisión Externa apresurada si él o ella recibe una decisión adversa de la revisión de segundo nivel de quejas referente a una Sin Certificación de una admisión, disponibilidad del cuidado, servicios continuados de la estancia o de emergencia, pero no se han descargado de la Facilidad del Servicio Médico.

En la consulta con un profesional médico, el NCDOI repasará la petición y se determinará si califica para la revisión apresurada. El NCDOI notificará al Afiliado y al Proveedor en el plazo de 3 días laborales si la petición se acepta para la Revisión Externa apresurada. Si la petición no se acepta para la revisión apresurada, el NCDOI puede que: (1) acepte el caso para la Revisión Externa estándar si el proceso interno de la revisión interno de FCCI fue terminado ya, o (2) requiera la terminación del proceso interno de la revisión de FCCI antes de que el Afiliado pueda hacer otro pedido de una Revisión Externa con el NCDOI. Una Revisión Externa apresurada no está disponible para retrospectivo Sin Certificaciones.

El IRO comunicará su decisión en el plazo de 4 días laborales después de haber recibido el pedido de una Revisión Externa apresurada. Si la decisión del IRO es invertir el Sin Certificación, la FCCI va, en el plazo de un día de recibir el aviso de la decisión del IRO, invierta la decisión de Sin Certificación para el servicio o la suministro. Si el Afiliado es no más largo inscripto en la FCCI al tiempo que recibe aviso de la decisión del IRO de invertir el Sin Certificación, la FCCI proporcionará solamente la cobertura para esos servicios o suministros recibidos realmente o la habría recibido antes del termino de inscripción si el servicio no había sido Sin Certificado cuando primero estaba solicitado.

La decisión Revisión Externa del IRO está atando la FCCI y el Afiliado, excepto hasta el punto que otro remedios están disponibles bajo ley federal o del estado aplicable. El Afiliado no puede petitionar una solicitud subsiguiente para una Revisión Externa involucrando la misma Sin Certificación por cual el Afiliado ya recibió una decisión de Revisión Externa.

### **Información Adicional**

El Programa de Revisión de Cuidado de Salud es disponible para abastecer consejo al consumidor o revisión de utilización y temas de apelación internas y quejas. Para mas información contacte al Programa de Revisión de Cuidado de Salud al:

NC Department of Insurance  
Healthcare Review Program  
1201 Mail Service Center  
Raleigh, NC 27699-1201

En Persona:  
Dobbs Building  
430 N. Salisbury St,  
4th Floor, Suite 4105, Raleigh, NC

1-877-885-0231 (llamada gratuita en el estado)

1-919-715-1163 (fuera del estado)

1-919-715-1175 (fax)

Visite [www.ncdoi.com](http://www.ncdoi.com) para información sobre Revisión Externa y Formulario de Petición.

## **GENERAL PROVISIONS**

---

### **Avisos**

Para la FCCI: Avisos pueden ser enviadas por correo de los EEUU, estampillas pagadas, al siguiente domicilio:

FIRSTCAROLINACARE INSURANCE COMPANY, INC.  
42 Memorial Drive, Suite 1  
Pinehurst, NC 28374

Para Afiliados: Al domicilio abastecidos en la Matricula de Inscripción o en el cambio de domicilio recibido por FCCI.

### **Relación de Contratista Independiente**

La relación entre la FCCI y los Proveedores Participantes es una relación contractual. Proveedores no son agentes o empleados de la FCCI apenas porque los enumeran como Proveedores Participantes. La FCCI no es un agente o empleado de ningún Proveedor. Conforme a la ley de Carolina del Norte que gobierna la responsabilidad de las organizaciones manejadas del cuidado, La FCCI no es obligada para

las acciones independientes de Proveedores y los Proveedores no son obligados para las acciones independientes de FCCI.

### **Garantías**

La FCCI no hace ninguna garantía explícita o implicada referente a las credenciales de ningún Proveedor Participante. No garantiza la participación continuada en la red de la FCCI por ningún Proveedor Participante. Un Proveedor puede decidir no participar en cualquier momento sin la comunicación previa a los Afiliados o a su Empleador.

### **Renuncia De la Disposición Del Certificado**

En ocasión, la FCCI puede elegir no hacer cumplir todos los términos y condiciones del Certificado de Cobertura. Esto no significa que la FCCI da para arriba cualquier derecho de hacer cumplir cualquier disposición del Certificado de Cobertura en el futuro.

### **Imposibilidad de Hacer Cumplir O Invalidez De Cualquier Disposición**

Si alguna disposición de este Certificado o en el Contrato Maestro del Empleador se lleva a cabo para estar contra la ley o la invalidez bajo ley, será quitado del Certificado o del Contrato Maestro del Empleador. Seguirá habiendo el resto de las provisiones en efecto.

### **Enmienda y Terminación**

Según los términos del Contrato Maestro del Empleador, el Empleador tiene el derecho de terminar cobertura de bajo de este Certificado sobre aviso anterior de 30 días a la FCCI, conforme a los requisitos descritos en el "Aviso Especial de Carolina del Norte" la sección en el frente del Certificado. Los Afiliados pueden perder cobertura bajo este Certificado, o cobertura y primas pueden ser cargadas si el Empleador o FCCI enmiende el Contrato Maestro del Empleador o este Certificado. In caso de acontecimientos en cual el Afiliado tenga derechos en el Contrato Maestro del Empleador o en este Certificado.

### **Autoridad Discrecional**

La FCCI reserva la autoridad discrecional para determinar la elegibilidad para las ventajas debajo y para interpretar los términos y las provisiones de este Certificado de Cobertura, conforme a los términos objetivos del Certificado de Cobertura y de los requisitos reguladores aplicables que gobiernan la administración de los planes de la salud del grupo. Tal determinación y interpretación no será derribada por un tribunal de ley a menos que se encuentre arbitrario o cambios de repente.

## **ADJUNTO A SERVICIOS QUE NECESITAN PRECERTIFICACIÓN**

Admisión de paciente hospitalizado excepto para cuidado de maternidad o Servicios de Emergencia  
Admisión a todas facilidades de enfermería capacitada  
Admisión de paciente hospitalizado de rehabilitación  
Toda cirugía de paciente ambulatorio  
Cirugía de la quijada, cara o cabeza  
Cirugía Reconstructiva  
Cirugía Gástrica  
Anestesia y Facilidades de Servicio de Salud relacionada a Servicios Dentales  
Ensayos clínicos cubiertos  
Medicamento inyectable recibido en ubicación de paciente ambulatorio  
Terapia Física  
Terapia Ocupacional  
Logó terapia  
Cuidado Quiropráctico  
Rehabilitación Cardíaca (paciente ambulatorio)  
Clínica de dolor  
Zonda Cardíaco  
Radiología diagnóstica de resonancia magnética MRI/MRA  
Tomografía computarizada  
Colonoscopia  
Endoscopia alta  
Endoscopia retrogrado colangiopancreatografía (ERCP)  
Tomografía de Emisión positiva  
Spect scans  
Prueba para la diagnóstica para la enfermedad de corazón  
Meilograma  
Estudios de dormir  
Pruebas de alergias  
Servicios invasor radiológicas  
Compra de equipaje durable medico con la compra de precio más de \$250.00  
Renta de equipaje durable medico  
Estético y proféticas con la compra de precio mas de \$250.00  
Servicios de salud para el hogar  
Salud de Comportamiento y Servicio de Abuso Químicos

Esta lista puede ser enmendada por la empresa de FirstCarolinaCare Insurance Company, Inc. de tiempo a tiempo. Aviso de cambios serán abastecidos a los Afiliados.

# FirstCarolinaCare Insurance Company, Inc.

## CLÁUSULA DE MEDICAMIENTO CON RECETA

Se entiende y se conviene eso, en la consideración del pago de un premio adicional del Empleador y de los Afiliados, beneficios de Medicamento con Receta serán proporcionadas a los Afiliados de acuerdo con los términos y las condiciones de esta Cláusula.

Esta Cláusula de Medicamento con Receta (la Cláusula) es unida y hecho parte de FirstCarolinaCare Insurance Company, Inc. (FCCI) Certificado de Cobertura (Certificado) a el cual se une. Conforme a los términos y a las condiciones disponga abajo, se enmienda el Certificado de modo que el Medicamento con Receta sean un Servicio Cubierto, excepto al grado una exclusión se aplica. Cobertura bajo esta Cláusula está conforme al resto de las provisiones del Certificado. Sin embargo, en el acontecimiento de un conflicto entre el Certificado y esta Cláusula, los términos de esta Cláusula controlarán.

### Definición

Las siguientes definiciones, en adición al las definiciones en el Certificado, se aplica a esta Cláusula:

**Brand Name Drug – Medicina de la Marca** – un Medicamento con Receta se identifica que como una original marca registrada de producto.

**Formulary – Formulario** - significa que la lista identifica esos Medicamentos con Receta que son preferidos por FCCI o representantes de FCCI para dispensar a Afiliados.

**Generic Drug – Medicamento Genérico** – un Medicamento con Receta que contiene la misma fuerza y dosificación del mismo ingrediente(s) activo que una Medicina de la Marca y que es determinada por el FDA para ser terapéutico equivalente a la Medicina de la Marca.

**Narrow Therapeutic Index Drug – Medicamento Terapéutica Estrecha Del Índice** – significa esos Medicamentos con Receta que tienen una rango estrecho definida entre el riesgo y la ventaja. Estos Medicamentos con Receta son señaladas como Medicamento Terapéuticas Estrechas del Índice por la Secretaria de Carolina del Norte de los Servicios de Salud y Humanos, y un listado está disponible del Consejo de la Farmacia de Carolina del Norte.

**Pre-Approval – Pre-Aprobada** significa el proceso de obtener una Certificación de la cobertura para ciertos Medicamentos con Receta o cantidades de ciertos Medicamentos con Receta antes de que se dispensen usando las pautas aprobadas por FCCI.

**Prescribed Contraceptive Drugs or Devices – Medicamento o Dispositivos Anticonceptivos Recetado** – significa el medicamento o dispositivo que previene el embarazo.]

**Prescription Drug – Medicamento con Receta** – significa cualquier medicamento, producto, dispositivo aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos, y requerido por ley que sea dispensado solamente por receta, y por cual es dispensado bajo al ejercer la Orden de Receta o Relleno de Receta. Por e propósito de esta Cláusula, Medicamento con Receta incluirá insulina inyectable, y recetas compuestas cuando el contenido compuesto tiene aunque sea un Medicamento con Receta.

**Prescription Order and/or Refill – Orden de Receta y/o Relleno de Receta** significa la directiva para dispensar un Medicamento con Receta entregado por un proveedor de cuidado de salud con licencia y alcance de limites de la practica permite expedir tal directiva.

**Restricted Access Prescription Drugs or Devices – Medicamentos con Receta Restrictos o Dispositivos** significan que se necesita Aprobación Previa o el uso de drogas o de dispositivos alternativos antes de que FCCI pague esos beneficios.

### **Servicios y Artículos Cubiertos**

Los siguientes términos, en adición a los términos aplicados en el Certificado, se aplican a esta Cláusula:

1. Medicamento con Receta es un Servicio Cubierto, sujeto a todos los requisitos y Exclusiones en el Certificado.
2. El costo para cada Afiliado para cada Orden de Receta o para Relleno de Receta y límites de suministros aplicables son listados en el Programa de Beneficios Médicos. Ordenes de Recetas y Rellenos iniciales son sujetos al límite de suministros especificados en el Programa de Beneficios Médicos.
3. Cuando, y por cualquier razón, el Afiliado recibe una Medicina de Marca por cual se existe una Medicina Genérica, el Afiliado debe pagar:
  - a. la diferencia en el precio entre la Medicina de Marca y Medicina Genérica; y
  - b. el Copago de la Medicina de Marca.
4. El Formulario es sujeto a revisar y revisión por FCC, en consulta con Médicos licenciados para practicar medicina en Carolina del Norte. Por requerimiento, un Proveedor, el farmacéutico o el Afiliado pueden recibir una copia del formulario. El formulario describe los preferidos Medicamentos con Receta. Los Medicamentos con Receta que no están en el Formulario son Cubiertos según lo descrito en el Programa de Beneficios Médicos, sujeto a todos otros requisitos y exclusiones en el Certificado y esta Cláusula.
5. La lista de Medicamentos con Receta que necesitan ser aprobadas antes y es sujeto a revisión y modificación periódico por FCCI. El Afiliado puede obtener una lista de Medicamentos con Receta que necesita Aprobación Previa al llamar FCCI. Falta de obtener Aprobación Previa cuando se requiere resultara en el Medicamento con Receta que no sea Cubierta. De acuerdo con la Estatua

General del estado de Carolina del Norte §58-3-2219(a)(4), FCCI cubrirá una droga o un dispositivo restringido del acceso sin requerir Aprobación Previa o el uso de una medicación o de un dispositivo sin restricción si el Médico del Afiliado certifica en la escritura que el Afiliado utilizó previamente una droga sin restricción alternativa o el dispositivo y eran perjudiciales a la salud del Afiliado de ineffectiva en tratar la misma condición, y según la opinión del Médico que trataba, es probable ser perjudicial a la salud del Afiliado o ineffectiva en tratar la condición otra vez.

6. El costo para el Afiliado pueden ser reducido cuando le preguntamos al Proveedor recetador si Medicamento Genérico o si medicamento que no requiere receta es apropiada de en vez de Medicina de Marca. Si hay preguntas sobre los beneficios de Medicamento con Receta, el Afiliado puede llamar al Gerente de Beneficios de Farmacia al número abastecido bajo "Números de Teléfono Importantes" y en la Tarjeta de Identificación.
7. Una receta para el Medicamento Terapéutica Estrecha Del Índice, así definido en NCGS §90-85.27, será relleno usando solamente productos de medicina por el mismo fabricante que el farmacéutico anteriormente dispense bajo la Orden de Receta, a menos que el recetador es notificado por el farmacéutico antes de dispensar otro producto del fabricante, y el recetador y el Afiliado pueden documentar consentimiento para dispensar el producto de otro fabricante. El tema "relleno" incluirá una Orden de Receta nueva escrito al fin de la receta que continua la terapia del Afiliado en el Medicamento Terapéutica Estrecha del Índice. El Copago que se aplica al Medicamento con Receta dispensado tiene que ser pagado por el Afiliado.

### **Exclusiones**

Los siguientes servicios y artículos no están Cubiertos:

1. Medicamentos Anticonceptivos o Dispositivos recetados para terminar embarazo solamente si es necesario para salvar la vida o salud de la madre. Medicamentos con Receta o Dispositivos sujeto a esta exclusión incluye pero no es limitado a:
  - a. El Medicamento con Receta conocida como "RU-486" o el producto de medicina equivalente.
  - b. El Medicamento con Receta en el Mercado bajo el nombre de "Preven" o cualquier producto de medicina equivalente.
  - c. Cualquier Medicamento con Receta en el Mercado bajo anticonceptivo "la mañana siguiente (morning after)".
2. Suministros y Medicamento que no requiere receta.
3. Orden y Relleno de Recetas que se necesitan por causa de robo o pérdida.
4. Medicamentos con Receta que se estima abusado o mal usado por el Afiliado.
5. Orden y Relleno de Recetas que excede el límite de suministro.

6. Medicamento con Receta recetado para el tratamiento de Servicios Dentales, excepto en una lesión a dientes naturales y sanos.
7. Ciertas medicinas que no se consideran Medicamento Necesarias, tal como asistencia para perder peso, medicamentos para ceder el fumar y medicamentos para la pérdida de cabello.
8. Cualquier Medicamento con Receta por un Proveedor o abastecido al Afiliado al tiempo en que le dan de alta de una Facilidad de Cuidado de Salud.
9. Así requerido por el Empleador que es un empleado religioso, beneficios y servicios no serán abastecidos por un Medicamento o Dispositivo Anticontraceptivo Recetado cuando es usado para prevenir o terminar un embarazo.

### **Apelación del Afiliado Para Servicios de Medicamento con Receta**

Para apelación relacionada a Medicamento con Receta, el Afiliado debería comunicarse con MedImpact Health Systems, Inc., el gerente de benéficos de la farmacia ("PBM") bajo contrato con FCCI para procesar reclamos de Medicamento con Receta. El número que debería llamar gratis es: 800-788-2949.

# **FirstCarolinaCare Insurance Company, Inc.**

## **Cláusula de Visión**

Se entiende y se conviene eso, en la consideración del pago de un premio adicional del Empleado y de los Afiliados, las ventajas serán proporcionadas a los Afiliados de acuerdo con los términos y las condiciones de este Cláusula.

Esta Cláusula de Visión (Cláusula) se une e hizo una pieza del FirstCarolinaCare Insurance Company, Inc. Certificado de Cobertura (Certificado) a el cual se une. Conforme a los términos y a las condiciones disponga abajo, se enmienda el Certificado de modo que los exámenes rutinarias del ojo sean un servicio cubierto, excepto al grado una exclusión se aplica. Cobertura bajo esta Cláusula es sujeta a todas otras provisiones del Certificado. Sin embargo, en el evento de un conflicto entre el Certificado y esta Cláusula, los términos de esta Cláusula tienen control.

### **Servicios Cubiertos**

1. Un examen rutinario por Afiliado por Año Civil es Cubierto si es abastecido por un Proveedor Participante. Referencia no es necesaria.
2. Este Servicio Cubierto es en adición al examen de visión anual por el PCP para menores hasta la edad de 17.
3. El Copago para el examen de visión es \$25.

### **Exclusiones**

1. Examen de ojo rutinaria cuando es realizado por un Proveedor No Participante
2. Adquisición o lentes apropiados o lentes de contacto, excepto por un par inmediatamente después de cirugía de catarata que es Cubierto bajo este Certificado a pesar de si la Cláusula de Visión se compra.