

CEBT DENVER CO

**Resumen de Descripción del Plan de Beneficios de Salud
7670-00-412150
Plan SelectCO**

BENEFICIOS ADMINISTRADOS POR



A UnitedHealthcare Company

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
INFORMACIÓN DEL PLAN	2
PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS: SELECT 4	4
PLAN DE BENEFICIOS DE TRASPLANTE: SELECT 4	15
MÁXIMOS Y GASTOS DE DESEMBOLSO PERSONAL	16
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	18
DISPOSICIÓN DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL.....	22
CANCELACIÓN.....	26
CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA.....	28
LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y RECONTRATACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS DE 1994	37
PROTECCIÓN CONTRA LA FACTURACIÓN DEL SALDO.....	39
RED DE PROVEEDORES.....	41
BENEFICIOS MÉDICOS CUBIERTOS.....	43
SERVICIOS DE TELADOC	55
BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL HOGAR.....	56
BENEFICIOS DE TRASPLANTE	57
TARJETA DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA.....	60
BENEFICIO DE APARATOS AUDITIVOS.....	62
BENEFICIOS DE SALUD MENTAL	63
BENEFICIOS POR SERVICIOS PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS.....	65
UMR CARE: RELACIONES DE DEFENSORÍA CLÍNICA PARA EMPODERAR.....	66
CENTROS DE EXCELENCIA	70
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	71
DERECHO A SUBROGACIÓN, REEMBOLSO Y COMPENSACIÓN	75
EXCLUSIONES GENERALES	78
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMO Y APELACIÓN.....	84
FRAUDE	95
OTRAS DISPOSICIONES FEDERALES	96
SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA HIPAA DISPOSICIÓN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD MÉDICA	98
INFORMACIÓN SOBRE ENMIENDAS AL PLAN Y CANCELACIÓN DEL PLAN	102
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	103
DISPOSICIONES GENERALES.....	115

CEBT

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE GRUPO

RESUMEN DE DESCRIPCIÓN DEL PLAN

INTRODUCCIÓN

La finalidad de este documento es proporcionarles a Usted y Sus Dependientes cubiertos, si los tiene, información resumida en español sobre los beneficios disponibles en este Plan, así como información sobre los derechos y obligaciones de una Persona Cubierta conforme al Plan de Beneficios de Salud de Grupo (el "Plan") de CEBT. Usted es un Empleado valioso de CEBT, y esta empresa para la cual Usted trabaja se complace en patrocinar este Plan para proporcionar beneficios que pueden ayudarle a satisfacer Sus necesidades de atención de la salud. Lea este documento detenidamente y comuníquese con la oficina de Recursos Humanos o de Personal si tiene alguna pregunta o alguna dificultad para comprender este documento.

CEBT se designa como el Administrador del Plan. El Administrador del Plan ha contratado los servicios de Administradores Externos independientes para procesar los reclamos y manejar otras obligaciones de este Plan autofinanciado. Los Administradores Externos de este Plan son UMR, Inc. (en adelante, "UMR") para reclamos médicos, y Caremark para reclamos farmacéuticos. Los Administradores Externos no asumen ninguna responsabilidad por los beneficios pagaderos por este Plan, dado que son únicamente agentes que pagan reclamos en nombre del Administrador del Plan.

La empresa asume la responsabilidad exclusiva de financiar los beneficios del Plan con su patrimonio; sin embargo, los Empleados ayudan a cubrir algunos de los costos de los beneficios cubiertos a través de contribuciones, Deducibles, cantidades de desembolso personal y cantidades de Participación del Plan, según se describe en el Plan de Beneficios. Todos los pagos de reclamos y reembolsos provienen del patrimonio de la empresa, y no hay ningún fondo aparte que se use para pagar beneficios prometidos.

Algunos de los términos que se usan en este documento comienzan con mayúscula, aunque dichos términos normalmente no se usarían en mayúscula. Estos términos tienen un significado especial en el Plan. La mayoría de los términos en mayúscula se describen en el Glosario de Términos, pero algunos se definen dentro de las disposiciones en las que se usan. Para comprender mejor las disposiciones de este Plan, sería conveniente que se familiarice con los términos definidos en el Glosario de Términos.

Cada persona cubierta por este Plan recibirá una tarjeta de identificación que podrá presentar a los proveedores cada vez que reciba servicios. En el reverso de esta tarjeta se encuentran los números de teléfono para llamar en caso de tener preguntas o problemas.

Este documento contiene información sobre los beneficios y las limitaciones del Plan y actuará como el Resumen de Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD) y como el documento del Plan. Por lo tanto, se llamará tanto Resumen de Descripción del Plan como el documento del Plan.

Este documento entró en vigencia en julio 1, 2022.

INFORMACIÓN DEL PLAN

Nombre del Plan	PLAN DE BENEFICIOS DE CEBT
Nombre y Dirección de la Empresa	CEBT 555 17TH ST STE 2050 DENVER CO 80202
Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Administrador del Plan	CEBT 555 17TH ST STE 2050 DENVER CO 80202 303-773-1373 o 1-800-332-1168
Fiduciario Designado	CEBT
Número de Identificación de la Empresa Asignado por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)	74-2141123
Tipo de Plan de Beneficios Proporcionado	Plan de Salud y Bienestar Autofinanciado que proporciona beneficios de salud de grupo.
Tipo de Administración	La administración del Plan está bajo la supervisión del Administrador del Plan. El Plan no está financiado por una compañía de seguros y los beneficios no están garantizados por un contrato de seguro. UMR presta servicios administrativos, como el pago de reclamos médicos.
Nombre y Dirección del Agente que Recibe Notificaciones Legales	CEBT 555 17TH ST STE 2050 DENVER CO 80202
Financiación del Plan	Contribuciones del Empleado y de la Empresa Los beneficios son proporcionados por un Plan de beneficios mantenido de forma autoasegurada por Su empresa.
Año del Plan de Beneficios	Los beneficios comienzan en enero 1 y terminan en diciembre 31 del mismo año. Para los nuevos Empleados y Dependientes, un Año del Plan de Beneficios comienza en la Fecha de Vigencia de la persona y termina en diciembre 31 del mismo Año del Plan de Beneficios.
Año Fiscal del Plan	De julio 1 a junio 30
Cumplimiento	Este Plan tiene la intención de cumplir con todas las leyes vigentes. En caso de conflicto entre este Plan y la ley vigente, se considerará que rigen las disposiciones de la ley vigente, y se considerará que cualquier parte en conflicto de este Plan será sustituida en la medida del conflicto.

Facultad Discrecional

El Administrador del Plan desempeñará sus funciones como Administrador del Plan y, a su criterio exclusivo, determinará las líneas de acción apropiadas según la razón y finalidad por las que se establece y mantiene este Plan. En particular, el Administrador del Plan tendrá la facultad discrecional exclusiva y total de interpretar todos los documentos del Plan, incluido este Resumen de Descripción del Plan, y de tomar todas las determinaciones interpretativas y objetivas con respecto a si una persona tiene derecho o no a recibir algún beneficio conforme a las condiciones de este Plan. Toda interpretación de las condiciones de cualquier documento del Plan y toda determinación de las circunstancias adoptada por el Administrador del Plan será definitiva y legalmente obligatoria para todas las partes, excepto que el Administrador del Plan ha delegado ciertas responsabilidades en los Administradores Externos de este Plan. Toda interpretación, determinación u otra medida del Administrador del Plan o de los Administradores Externos estará sujeta a revisión únicamente si un tribunal de jurisdicción competente determina que la medida es arbitraria o caprichosa, o de otra manera un claro abuso de la facultad discrecional. Toda revisión de una medida o decisión definitiva del Administrador del Plan o de los Administradores Externos se basará únicamente en la evidencia presentada ante ellos o considerada por ellos en el momento en que tomaron la decisión sometida a revisión. La aceptación de beneficios o la presentación de reclamos de beneficios conforme a este Plan constituye el acuerdo con las decisiones que tomen el Administrador del Plan o los Administradores Externos, y el consentimiento a estas, a su criterio exclusivo, y, además, significa que la Persona Cubierta acepta los límites de la norma y del alcance de la revisión que otorga la ley.

PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS: SELECT 4

Todos los beneficios de salud que se indican en este Plan de Beneficios están sujetos a los siguientes: Deducibles, Copagos, tarifas de Participación del Plan y máximos de desembolso personal, si los hay. Para ver más detalles, consulte la sección Máximos y Gastos de Desembolso Personal de este Resumen de Descripción del Plan.

Los beneficios de este Plan de Beneficios están sujetos a todas las disposiciones de este Plan, incluida cualquier determinación de beneficios basada en una evaluación de hechos médicos y beneficios cubiertos. Consulte las secciones Beneficios Médicos Cubiertos y Exclusiones Generales de este Resumen de Descripción del Plan para ver más detalles.

Importante: Es posible que se requiera autorización previa antes de que los beneficios se consideren para el pago. La falta de obtención de autorización previa puede tener como resultado un recargo o un aumento en los costos de desembolso personal. Consulte la sección UMR CARE de este Resumen de Descripción del Plan para ver una descripción de estos servicios y de los procedimientos de autorización previa.

Nota: Consulte la sección Red de Proveedores para ver aclaraciones y posibles excepciones a las clasificaciones Dentro de la Red o Fuera de la Red.

Si un beneficio máximo aparece en la mitad de una columna del Plan de Beneficios, es un Beneficio Máximo combinado por servicios que la Persona Cubierta recibe de todos los proveedores y centros dentro de la red y fuera de la red.

	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Deducible Anual por Año Calendario sin Incluir el Deducible del Beneficio de Medicamentos de Venta con Receta: <ul style="list-style-type: none"> • Por Persona • Por Familia <ul style="list-style-type: none"> – Deducible Integrado Individual <p><i>Nota: Deducible Integrado Significa que, si Usted Tiene Cobertura Familiar, Cualquier Combinación de Miembros de la Familia Cubiertos Puede Ayudarle a Alcanzar el Deducible Familiar Máximo; sin Embargo, Ninguna Persona Pagará Más que la Cantidad del Deducible Integrado Individual.</i></p>	\$1,500 \$3,000 \$1,500	\$3,000 \$6,000 \$3,000	Sin Beneficios
Tarifa de Participación del Plan, a menos que se indique lo contrario a continuación: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan Después de Cumplir con el Deducible 	80%	50%	Sin Beneficios
Máximo de Desembolso Personal Anual: <p><i>Nota: Los Gastos Médicos y Farmacéuticos del Nivel 1 Están Sujetos al Mismo Máximo de Desembolso Personal.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Por Persona • Por Familia <ul style="list-style-type: none"> – Máximo de Desembolso Personal Integrado Individual <p><i>Nota: Máximo de Desembolso Personal Integrado Significa que, si Usted Tiene Cobertura Familiar, Cualquier Combinación de Miembros de la Familia Cubiertos Puede Ayudarle a Alcanzar el Máximo de Desembolso Familiar; sin Embargo, Ninguna Persona Pagará Más que la Cantidad del Máximo de Desembolso Personal Integrado Individual.</i></p>	\$4,000 \$8,000 \$4,000	\$8,000 \$16,000 \$8,000	Sin Beneficios

	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Mamografías 3D para el Diagnóstico/Tratamiento de un Beneficio Médico Cubierto: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible 	80%	50%	Sin Beneficios
Terapia de Análisis Conductual Aplicado: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Sin Beneficios
Tratamiento de Acupuntura: <ul style="list-style-type: none"> Máximo de Visitas por Año Calendario Pagado por el Plan 	30 Visitas Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Sin Beneficios
Transporte en Ambulancia: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 	80%	80%	80%
Biorretroalimentación: <ul style="list-style-type: none"> Copago por Visita Pagado por el Plan 	\$45 100% (No se Aplica el Deducible)	\$45 100% (No se Aplica el Deducible)	Sin Beneficios
Sacaleches: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
2.ª Fase de Rehabilitación Cardíaca: <ul style="list-style-type: none"> Copago por Visita Pagado por el Plan 	\$45 100% (No se Aplica el Deducible)	\$45 100% (No se Aplica el Deducible)	Sin Beneficios
Servicios Quiroprácticos: <ul style="list-style-type: none"> Máximo de Visitas por Año Calendario Visita al Consultorio: Incluido en el Máximo <ul style="list-style-type: none"> Copago por Visita Pagado por el Plan Manipulación: Incluido en el Máximo <ul style="list-style-type: none"> Copago por Visita Pagado por el Plan Radiografías: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	\$45 100% (No se Aplica el Deducible)	20 Visitas \$45 100% (No se Aplica el Deducible)	\$45 100% (No se Aplica el Deducible)
	\$45 100% (No se Aplica el Deducible)	\$45 100% (No se Aplica el Deducible)	\$45 100% (No se Aplica el Deducible)
	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	Sin Beneficios

	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Métodos Anticonceptivos y Asesoramiento Aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA): Para Hombres: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible Para Mujeres: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	80%	50%	Sin Beneficios
Servicios de Asesoramiento: Asesoramiento Nutricional: <ul style="list-style-type: none"> Máximo de Visitas de por Vida Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Tratamiento de la Diabetes: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible Clases para el Autocontrol de la Diabetes: <ul style="list-style-type: none"> Copago por Visita Pagado por el Plan Nota: No se Aplicará el Copago por la Primera Visita.	80%	50%	Sin Beneficios
Colonoscopia/Sigmoidoscopia de Diagnóstico, Incluidos Todos los Cargos por Servicios Auxiliares Relacionados: Hasta los 45 Años <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible A partir de los 45 Años <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	80%	50%	Sin Beneficios
Diálisis: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos
Equipo Médico Duradero: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 	80%	80%	Sin Beneficios
Tratamiento/Servicios de Emergencia: Atención de Urgencia: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)

	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Clínicas de Salud sin Cita Previa en Tiendas de Venta al por Menor: <ul style="list-style-type: none"> Copago por Visita Pagado por el Plan Después del Deducible 	\$100 100% (No se Aplica el Deducible)	No Corresponde 50%	Sin Beneficios
Salas de Emergencias/Médicos de Emergencias: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 	80%	80%	80%
Beneficios de Centros de Atención Prolongada, como un Centro de Enfermería Especializada, de Convalecencia o para Casos Subagudos: <ul style="list-style-type: none"> Máximo de Días por Año Calendario Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 	80%	75 Días 80%	Sin Beneficios
Servicios de Audición: Exámenes, Pruebas de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Sin Beneficios
Aparatos Auditivos: Hasta los 18 Años <ul style="list-style-type: none"> Beneficio Máximo Cada 5 Años Calendario Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 A partir de los 18 Años <ul style="list-style-type: none"> Beneficio Máximo cada 36 Meses <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	80%	1 Aparato Auditivo 80%	80%
<ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Aparatos Auditivos Implantables: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 	80%	80%	Sin Beneficios
Beneficios de Atención de Salud en el Hogar: <ul style="list-style-type: none"> Máximo de Visitas por Año Calendario Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 Nota: Una Visita de Atención de Salud en el Hogar se Considerará una Visita Periódica, Sea de una Enfermera o un Terapeuta Calificado, o un Dietista Calificado, según Sea el Caso, O hasta Cuatro Horas de Servicios de Atención de Salud en el Hogar.	80%	100 Visitas 80%	Sin Beneficios
Beneficios de Cuidados Paliativos: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 	80%	80%	Sin Beneficios
Servicios Hospitalarios: Exámenes Previos a la Admisión: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Sin Beneficios

	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Servicios para Pacientes Hospitalizados/Cargos del Médico por Pacientes Hospitalizados; Habitación y Comida Sujetas al Pago de la Tarifa por Habitación Semiprivada o Tarifa Negociada por Habitación: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan Después del Deducible 	80%	50%	
Servicios para Pacientes Ambulatorios/Cargos del Médico por Pacientes Ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan Después del Deducible 	80%	50%	
Cargos por Estudios por Imágenes Avanzados para Pacientes Ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> • Copago por Visita • Pagado por el Plan Después del Deducible 	\$500 100% (No se Aplica el Deducible)	No Corresponde 50%	
Cargos por Radiografía y Laboratorio para Pacientes Ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> • Copago por Visita • Pagado por el Plan 	\$25 100% (No se Aplica el Deducible)	\$25 100% (No se Aplica el Deducible)	
Cargos por Cirujano/Cirugía para Pacientes Ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan Después del Deducible 	80%	50%	
Visitas Clínicas Médicas en un Centro Hospitalario para Pacientes Ambulatorios. Reclamo del Centro: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan Después del Deducible 	80%	50%	
Visitas Clínicas Médicas en un Centro Hospitalario para Pacientes Ambulatorios. Reclamo del Médico: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan Después del Deducible 	100% (No se Aplica el Deducible)	50%	
Cargos por Laboratorio Independiente: <ul style="list-style-type: none"> • Copago por Visita • Pagado por el Plan 	\$25 100% (No se Aplica el Deducible)	\$25 100% (No se Aplica el Deducible)	
Centros Independientes de Radiología/Estudios por Imágenes: <ul style="list-style-type: none"> • Copago por Día • Pagado por el Plan 	\$500 100% (No se Aplica el Deducible)	\$500 100% (No se Aplica el Deducible)	
Nota: Solamente se Aplicará un Copago por Proveedor, por Centro en la Misma Fecha de Servicio. Si se Pudieran Aplicar Varios Copagos, se Aplicará el Más Alto.			

	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Centros de Cirugía Ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> Copago por Día Pagado por el Plan <p><i>Nota: Solamente se Aplicará un Copago por Proveedor, por Centro en la Misma Fecha de Servicio. Si se Pudieran Aplicar Varios Copagos, se Aplicará el Más Alto.</i></p>	\$500 100% (No se Aplica el Deducible)	\$500 100% (No se Aplica el Deducible)	
Maternidad: <p>Servicios Prenatales de Rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan <p>Servicios Prenatales que No Sean de Rutina, Parto y Atención Posnatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible <p>Pruebas de Laboratorio Realizadas durante un Embarazo (Recibidas en el Consultorio o como Paciente Ambulatoria u Hospitalizada) y Facturadas Aparte del Cargo por el Parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Beneficios de Salud Mental, Trastornos por Consumo de Sustancias y Dependencia de Sustancias: <p>Servicios para Pacientes Hospitalizados/Cargos del Médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 <p>Tratamiento Residencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 <p>Servicios de Hospitalización Parcial o para Pacientes Ambulatorios y Cargos del Médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan <p>Visita al Consultorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	80%	80%	Sin Beneficios
Gastos de Recién Nacidos y de la Sala de Recién Nacidos: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible <p><i>Nota: No se Aplicará un Deducible, Coaseguro ni Copago por Cargos de Recién Nacidos durante la Estadía Inicial (del Día 0 al 5).</i></p>	80%	50%	Sin Beneficios
Aparatos de Ortesis: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 	80%	80%	Sin Beneficios

	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Beneficios de Atención Preventiva/de Rutina. Consulte la Definición en el Glosario de Términos. Los Beneficios Incluyen: Exámenes Físicos Preventivos/de Rutina a las Edades Correspondientes, Incluidos los Exámenes para la Escuela o para Hacer Deportes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Vacunas: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Exámenes, Laboratorio y Radiografías de Diagnóstico Preventivos/de Rutina a las Edades Correspondientes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Mamografías y Exámenes de Senos Preventivos/de Rutina, Incluidas las Mamografías 3D para Exámenes Preventivos: <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de Exámenes por Año Calendario • Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	1 Examen 100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Exámenes Pélvicos y Pruebas de Papanicolaou Preventivos/de Rutina: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Análisis del Antígeno Prostático Específico y Exámenes de Próstata Preventivos/de Rutina: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Pruebas de Detección/Servicios Preventivos/de Rutina a las Edades Correspondientes y Según el Sexo: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Evaluación de Autismo Preventiva/de Rutina: De 0 a 21 Años <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	100% (No Se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)

	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Colonoscopias, Sigmoidoscopias Preventivas/de Rutina y Procedimientos Quirúrgicos de Rutina Similares Practicados por Razones Preventivas: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Exámenes de la Vista y de Detección del Glaucoma Preventivos/de Rutina: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Refracciones de la Vista: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Evaluación y Asesoramiento Preventivo/de Rutina para Trastornos por Consumo de Sustancias o Alcohol, el Consumo de Tabaco/Nicotina, la Obesidad, la Dieta y la Nutrición: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
Además, los Sigüientes Servicios Preventivos/de Rutina Están Cubiertos para Mujeres: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prueba de Detección de la Diabetes Gestacional ➤ Prueba de ADN del Virus del Papiloma Humano* ➤ Asesoramiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual (Anual)* ➤ Asesoramiento sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (Anual)* ➤ Apoyo, Suministros y Asesoramiento para la Lactancia ➤ Asesoramiento sobre la Violencia Interpersonal e Intrafamiliar para Mujeres (Anual)* <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)
* Estos Servicios También se Pueden Aplicar a los Hombres.			
Enfermería de Práctica Privada: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 	80%	80%	Sin Beneficios
Prótesis: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 	80%	80%	Sin Beneficios
Radiación/Quimioterapia: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan 	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Sin Beneficios
Servicios Fuera de los Estados Unidos: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan Después del Deducible 	80%	50%	80%

	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Estudio del Sueño: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Sin Beneficios
Esterilizaciones: Para Hombres: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Para Mujeres: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Sin Beneficios
Servicios de Teladoc: Medicina General: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	100% (No Se Aplica el Deducible)		
Telesalud: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan 	100% (No se Aplica el Deducible)	100% (No se Aplica el Deducible)	Sin Beneficios
Beneficios por el Trastorno de la Articulación Temporomandibular: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible 	80%	50%	Sin Beneficios
Servicios de Terapia: Terapia Ocupacional en el Consultorio y en el Hospital para Pacientes Ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> Copago por Visita Máximo de Visitas por Lesión o Enfermedad Pagado por el Plan <i>Nota: Se Permiten Visitas Adicionales si el Plan lo Aprueba.</i> Fisioterapia y Terapia Acuática en el Consultorio y en el Hospital para Pacientes Ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> Copago por Visita Máximo de Visitas por Lesión o Enfermedad Pagado por el Plan <i>Nota: Se Permiten Visitas Adicionales si el Plan lo Aprueba.</i>	\$45 20 Visitas 100% (No se Aplica el Deducible)	\$45 20 Visitas 100% (No se Aplica el Deducible)	Sin Beneficios

	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Terapia del Habla en el Consultorio y en el Hospital para Pacientes Ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> Copago por Visita Máximo de Visitas por Lesión o Enfermedad Pagado por el Plan <p><i>Nota: Se Permiten Visitas Adicionales si el Plan lo Aprueba. Se Proporciona Cobertura para Terapia del Habla a las Personas Cubiertas hasta los 5 Años Independientemente del Diagnóstico. No se Requiere Autorización Previa para Niños de hasta 5 Años. El Máximo de Visitas no se aplica a los Niños Autistas.</i></p>	\$45 20 Visitas 100% (No se Aplica el Deducible)	\$45 100% (No se Aplica el Deducible)	
Terapia Respiratoria: <ul style="list-style-type: none"> Copago por Visita Pagado por el Plan 	\$45 100% (No se Aplica el Deducible)	\$45 100% (No se Aplica el Deducible)	
Beneficios de Cuidado de la Vista Después de una Cirugía de Cataratas: <ul style="list-style-type: none"> Beneficio Máximo por cada Par de Anteojos o Lentes de Contacto <p><i>Nota: Se Permitirá Un Par de Anteojos o Lentes de Contacto por Cirugía hasta que se Haya Pagado un Beneficio Máximo de \$300 por cada Par. Se Permitirán Dos Pares de Anteojos o Lentes de Contacto de por Vida. Se Permitirán Anteojos o Lentes de Contacto, pero No Ambos.</i></p>		\$300	
Terapia de la Vista, Incluida la Ortóptica: <ul style="list-style-type: none"> Máximo de Visitas por Episodio de Atención Pagado por el Plan 	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	20 Visitas Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos	Los beneficios son pagaderos según los servicios recibidos
Pelucas (Prótesis Capilares), Tupés o Peluquines Relacionados con el Tratamiento del Cáncer: <ul style="list-style-type: none"> Beneficio Máximo de por Vida Pagado por el Plan Después del Deducible del Nivel 1 	80%	\$3,000 80%	80%
Todos los Demás Gastos Cubiertos: <ul style="list-style-type: none"> Pagado por el Plan Después del Deducible 	80%	50%	Sin Beneficios

PLAN DE BENEFICIOS DE TRASPLANTE: SELECT 4

El programa para Servicios de Trasplante en Centros de Trasplante Designados es:

Optum

Servicios de Trasplante: Centro de Trasplante Designado

Servicios de Trasplante:

- Pagado por el Plan

Pagaderos según los servicios prestados

MÁXIMOS Y GASTOS DE DESEMBOLSO PERSONAL

COPAGOS

Copago es la cantidad que paga la Persona Cubierta cada vez que recibe ciertos servicios. El Copago generalmente es una cantidad fija de dinero que se paga en el momento del servicio o cuando lo factura el proveedor. Los Copagos no se aplican para cumplir con los Deducibles. Los Copagos se aplican para cumplir con los máximos de desembolso personal dentro de la red. El Copago y el máximo de desembolso personal se indican en el Plan de Beneficios.

DEDUCIBLES

Deducible es la cantidad de dinero pagada una vez por Año del Plan por la Persona Cubierta antes de que este Plan pague los Gastos Cubiertos. Se aplica un Deducible a cada Persona Cubierta, hasta un límite de Deducible familiar. Cuando comienza un nuevo Año del Plan, se debe cumplir con un nuevo Deducible.

Las cantidades de Deducible se indican en el Plan de Beneficios.

Los gastos de farmacia no cuentan para alcanzar el Deducible de este Plan. Las cantidades de Deducible en las que incurra la Persona Cubierta por Gastos Cubiertos se usarán para cumplir con los Deducibles que se indican en el Plan de Beneficios.

Las cantidades de Deducible en las que incurra la Persona Cubierta al visitar un proveedor dentro de la red se aplicarán al Deducible individual y familiar total dentro de la red. Las cantidades de Deducible en las que incurra la Persona Cubierta al visitar un proveedor fuera de la red se aplicarán al Deducible individual y familiar total fuera de la red.

PARTICIPACIÓN DEL PLAN

La Participación del Plan es el porcentaje de los Gastos Cubiertos que la Persona Cubierta es responsable de pagar después de alcanzar el Deducible. La Persona Cubierta paga este porcentaje hasta que se alcance su máximo de desembolso personal anual (o el de su familia, si corresponde). La tarifa de Participación del Plan se indica en el Plan de Beneficios.

Todo pago de un gasto que no esté cubierto por este Plan será responsabilidad de la Persona Cubierta.

MÁXIMOS DE DESEMBOLSO PERSONAL ANUALES

El máximo de desembolso personal anual es lo máximo que paga la Persona Cubierta cada año por Gastos Cubiertos. Los máximos anuales de desembolso personal se indican en el Plan de Beneficios. Las cantidades en las que incurra la Persona Cubierta por Gastos Cubiertos se usarán para cumplir con los máximos de desembolso personal anual de la Persona Cubierta (o de su familia, si corresponde). Si los gastos de desembolso personal de la Persona Cubierta en un Año del Plan exceden el máximo de desembolso personal anual, el Plan paga el 100% de los Gastos Cubiertos hasta el final del Año del Plan.

Los siguientes gastos no se usarán para alcanzar los máximos de desembolso personal:

- Recargos, honorarios legales e intereses cobrados por un proveedor.
- Gastos por servicios excluidos.
- Cargos que excedan los límites especificados en cualquier parte de este documento.
- Gastos Incurridos debido al incumplimiento de los requisitos de autorización previa.
- Cantidades que excedan el Reembolso Razonable, la Cantidad Reconocida, la cantidad Usual y Habitual, la Tarifa Negociada o la lista de cuotas establecidas que paga este Plan.

Los gastos de desembolso personal elegibles en los que incurra la Persona Cubierta al visitar un proveedor dentro de la red se aplicarán al máximo de desembolso personal total dentro de la red. Los gastos de desembolso personal elegibles en los que incurra la Persona Cubierta al visitar un proveedor fuera de la red se aplicarán al máximo de desembolso personal total fuera de la red.

SIN CONDONACIÓN DE GASTOS DE DESEMBOLSO PERSONAL

La Persona Cubierta debe pagar los gastos de desembolso personal (incluidos los Deducibles, Copagos o la cantidad requerida de Participación del Plan) conforme a las condiciones de este Plan. Un proveedor no puede anular el requisito de que Usted y Sus Dependientes paguen los gastos de desembolso personal correspondientes mediante una “condonación de cargos o de gastos de desembolso personal” o arreglo similar. Si un proveedor anula los gastos de desembolso personal requeridos, es posible que el reclamo de la Persona Cubierta sea denegado y que la Persona Cubierta sea responsable del pago del reclamo completo. Es posible que se reconsidere dicho reclamo si la Persona Cubierta presenta un comprobante satisfactorio de que pagó los gastos de desembolso personal conforme a las condiciones de este Plan.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

ELEGIBILIDAD Y PROCEDIMIENTOS DE INSCRIPCIÓN

Usted es responsable de inscribirse de la manera y forma indicada por Su empresa. La elegibilidad y los procedimientos de inscripción del Plan incluyen protecciones administrativas y procesos diseñados para garantizar y verificar que las determinaciones de elegibilidad e inscripción se tomen de acuerdo con el Plan. De vez en cuando, el Plan puede solicitarles documentación a Usted o Sus Dependientes a fin de tomar determinaciones para la continuidad de la elegibilidad. Las opciones de cobertura que se le ofrecerán serán las mismas opciones ofrecidas a otros Empleados en situaciones similares.

PERÍODO DE ESPERA

Usted es elegible para la cobertura del Plan si se cumplen las siguientes condiciones:

- Su empresa ha decidido ser miembro de CEBT;
- Usted es un Empleado que cumple con los requisitos de elegibilidad de Su empresa; y
- Cumple con el período de elegibilidad según lo determinado por Su empresa (sin exceder un máximo de 90 días consecutivos de empleo a tiempo completo); o
- Es un funcionario elegido o designado por Su empresa.

Es elegible para la cobertura en la fecha de finalización del período de elegibilidad determinado por Su Empresa. Esta es Su fecha de elegibilidad.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Un **Empleado elegible** es una persona que la empresa clasifica como Empleado tanto en los registros salariales como de personal, y que trabaja habitualmente a tiempo completo 20 horas o más por semana, pero a efectos de este Plan, no incluye las siguientes clasificaciones de trabajadores, excepto según lo determinado por la empresa a su criterio exclusivo:

- Empleados Externos.
- Contratistas Independientes, según se define en este Plan.
- Asesores a los que la empresa no les paga un sueldo o salario habitual, sino de otra manera.
- Miembros del Directorio, propietarios, socios o funcionarios de la empresa, a menos que desempeñen actividades a tiempo completo según un horario regular.

A efectos de este Plan, los requisitos de elegibilidad se usan únicamente para determinar la elegibilidad inicial de una persona para la cobertura de este Plan. Un Empleado puede conservar su elegibilidad para la cobertura de este Plan si se ausenta temporalmente en un permiso aprobado para ausentarse del trabajo, que se combina con la póliza de seguro por discapacidad a corto plazo de la empresa, con la expectativa de reintegrarse al trabajo después del permiso aprobado, según lo determine la norma de permisos para ausentarse del trabajo de la empresa, siempre y cuando las contribuciones se sigan pagando puntualmente. La Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) no corresponde hasta que se haya agotado la discapacidad a corto plazo. Se considerará que los Empleados que cumplan con los requisitos de elegibilidad durante un período de medición según lo exigido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA) habrán cumplido los requisitos de elegibilidad para el período de estabilidad resultante según lo exigido por las normas de la ACA. La clasificación de una persona realizada por la empresa es concluyente, obligatoria y definitiva a efectos de determinar la elegibilidad en este Plan. Ninguna reclasificación del estado de una persona, por ningún motivo, realizada por un tercero, ya sea por un tribunal, agencia del gobierno u otra, sin importar si la empresa está de acuerdo o no con dicha reclasificación, modificará la elegibilidad de una persona para los beneficios.

Un Empleado elegible que esté cubierto por este Plan y que se jubile en el plan formal de jubilación de la empresa será elegible para seguir participando en el Plan después de la jubilación, siempre que la persona continúe haciendo la contribución requerida. Consulte la sección Coordinación de Beneficios para obtener más información sobre cómo este Plan se coordina con la cobertura de Medicare.

Un **Dependiente elegible** incluye:

- Su cónyuge legal, siempre y cuando esta persona no esté cubierta como Empleado en este Plan. Un Dependiente elegible no incluye una persona de la que Usted obtuvo una separación legal o un divorcio, o que ya no cumple con la definición de una pareja en Concubinato. Es posible que el Administrador del Plan exija documentación del estado civil de una Persona Cubierta.
- La Pareja de Unión Civil de un Empleado Cubierto, que cumpla con el requisito de la Ley de Unión Civil de Colorado.
- Un Hijo Dependiente hasta que cumpla 26 años. El término **“Hijo”** incluye los siguientes Dependientes:
 - Un Hijo biológico natural;
 - Un hijastro;
 - Un hijo adoptado legalmente o un Hijo Puesto en Adopción legal según lo dispuesto por una agencia del gobierno local, estatal o federal responsable de la administración de adopciones o un tribunal si el Hijo no ha cumplido 26 años desde la fecha de dicha puesta en adopción;
 - Un Hijo bajo Su Tutela Legal (o la de Su Cónyuge) según lo ordenado por un tribunal;
 - Un Hijo que se considera un beneficiario alternativo conforme a una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO);
 - Un Hijo bajo guarda;
 - Un Hijo de una Pareja de Unión Civil.
- Un Dependiente no incluye los siguientes:
 - Un Hijo de una Pareja de Unión Libre o un Hijo bajo la Tutela Legal de Su Pareja de Unión Libre;
 - Un nieto;
 - Una Pareja de Unión Libre;
 - Un Hijo Dependiente si está cubierto como Dependiente de otro Empleado en esta Empresa;
 - Cualquier otro familiar o persona, a menos que esté cubierto explícitamente por este Plan.

Nota: Un Empleado debe estar cubierto por este Plan a fin de que los Dependientes califiquen para obtener la cobertura.

PREVENCIÓN DE DUPLICACIÓN DE COBERTURA: Toda persona que esté cubierta como Empleado elegible no se considerará también un Dependiente elegible en el mismo Grupo de la Empresa conforme a este Plan.

DERECHO A VERIFICAR EL ESTADO DE ELEGIBILIDAD DE UN DEPENDIENTE: El Plan se reserva el derecho a verificar el estado de elegibilidad de un Dependiente en cualquier momento del año. En caso de que cambie el estado de elegibilidad de un Dependiente durante el Año del Plan, Usted y Su Dependiente tienen la obligación de notificar al Plan. Notifique los cambios de estado a Su Departamento de Recursos Humanos.

COBERTURA EXTENDIDA PARA HIJOS DEPENDIENTES

Un Hijo Dependiente puede ser elegible para la cobertura extendida para Dependientes de este Plan en las siguientes circunstancias:

- El Hijo Dependiente estuvo cubierto por este Plan el día anterior a cumplir 26 años;
- El Hijo Dependiente es un Dependiente de un Empleado recientemente elegible para el Plan;
- El Hijo Dependiente es elegible debido a un evento de inscripción especial o un evento de Cambio de Estado que Califica, según se describe en el Section 125 Plan; o

- El Hijo está mental o físicamente discapacitado;
- El Hijo no puede tener un empleo para su propia manutención;
- El Hijo Depende del Empleado Cubierto para su apoyo y manutención; y
- El Hijo no está casado.

Dicho Hijo seguirá siendo un Dependiente elegible de un Empleado cubierto o podrá ser inscrito como Dependiente de un nuevo Empleado. Si el Hijo no ha cumplido ininterrumpidamente con todas las condiciones anteriores desde que cumplió una edad límite, no será elegible para la cobertura del Plan.

El Hijo Dependiente también debe calificar en la siguiente categoría:

Si Usted tiene un Hijo Dependiente cubierto por este Plan que es menor de 26 años y está Totalmente Discapacitado, ya sea física o mentalmente, la cobertura de salud de ese Hijo puede continuar después del día en que de lo contrario dejaría de ser un Dependiente conforme a las condiciones de este Plan. Usted debe presentar un comprobante por escrito de que el Hijo está Totalmente Discapacitado dentro de los 30 días calendario después del día en que la cobertura del Dependiente normalmente terminaría. El Plan puede, durante tres años, solicitar comprobantes adicionales en cualquier momento. Después de ese plazo, el Plan puede solicitar comprobantes solamente una vez por año. La cobertura puede continuar sujeta a los siguientes requisitos mínimos:

- El Dependiente, debido a su discapacidad, no puede tener un trabajo para su propia manutención; y
- Se debe presentar un comprobante de la discapacidad según lo requerido (el Aviso de Asignación de Ingresos del Seguro Social es aceptable); y
- El Empleado debe seguir estando cubierto por este Plan.

Un Hijo Dependiente Totalmente Discapacitado mayor de 26 años que pierda la cobertura de este Plan no puede reinscribirse en el Plan en ninguna circunstancia.

Si dos Empleados son elegibles para la cobertura de este Plan a través de la misma Empresa contribuyente, un mismo Dependiente solamente puede ser inscrito por uno de los Empleados. Los dos Empleados no pueden inscribir al mismo Dependiente en la cobertura del Plan.

IMPORTANTE: Es Su responsabilidad notificar al Patrocinador del Plan dentro de los 60 días si Su Dependiente deja de cumplir con los criterios indicados en esta sección. Si, en algún momento, el Dependiente no cumple con las características de un Dependiente Totalmente Discapacitado, el Plan tiene derecho a recibir un reembolso del Dependiente o del Empleado por los reclamos médicos pagados por el Plan durante el período en que el Dependiente no calificó para la cobertura extendida. Consulte la sección Continuación de la Cobertura de COBRA de este documento.

Los Empleados tienen derecho a elegir qué Dependientes elegibles están cubiertos por el Plan.

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL EMPLEADO

Su cobertura comenzará en la última de las siguientes fechas:

- Su cobertura comenzará a las 12:01 a.m., Hora Estándar, de Su fecha de vigencia. Debe empezar a trabajar activamente para la Empresa antes de que la cobertura del Plan entre en vigencia; o
- Si Usted es elegible para inscribirse conforme a la Disposición de Inscripción Especial, Su cobertura entrará en vigencia en la fecha establecida en dicha disposición si la solicitud se presenta dentro de los 30 días calendario después del evento.

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA PARA SUS DEPENDIENTES

La cobertura de Su Dependiente entrará en vigencia en la última de las siguientes fechas:

- La fecha en que comience Su cobertura en el Plan si Usted inscribe al Dependiente en ese momento; o
- La fecha en que Usted adquiera Su Dependiente si la solicitud se presenta dentro de los 30 días calendario después de haber adquirido el Dependiente; o
- La fecha establecida en la Disposición de Inscripción Especial si Su Dependiente es elegible para inscribirse conforme a dicha disposición y la solicitud se presenta dentro de los 30 días calendario después del evento; o
- La fecha especificada en una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos o la fecha en que el Administrador del Plan determine que la orden es una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos; o
- En el caso de una pareja de Unión Civil, la fecha en que Usted cumpla con la definición de Dependiente según lo indicado en el Plan.

Si se requiere una contribución adicional, se cobrará una contribución a partir del primer día de cobertura del Dependiente. En ningún caso Su Dependiente estará cubierto antes del día en que comience la cobertura de Usted.

Cuando ambos padres son Empleados de la misma Empresa contribuyente, solamente uno puede inscribir Dependientes en la cobertura.

PERÍODO ANUAL DE INSCRIPCIONES ABIERTAS

Durante el período anual de inscripciones abiertas, los Empleados y Jubilados elegibles podrán inscribirse e inscribir a sus Dependientes elegibles en la cobertura de este Plan. Los Empleados y Jubilados cubiertos podrán hacer cambios en la cobertura para sí mismos y para sus Dependientes elegibles.

Si Usted o Su Dependiente comienzan a estar cubiertos por este Plan como resultado de elegir la cobertura durante el período anual de inscripciones abiertas, se aplicará lo siguiente:

- La empresa enviará un aviso por escrito a los Empleados elegibles antes del inicio de un período anual de inscripciones abiertas; y
- Este Plan no se aplica a los cargos por servicios prestados o tratamiento recibido antes de la Fecha de Vigencia de la cobertura de la Persona Cubierta; y
- La Fecha de Vigencia de la cobertura será enero 1 o julio 1, después del período anual de inscripciones abiertas, según el Período de Renovación de su Empresa.

DISPOSICIÓN DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud

Este Plan concede a una persona elegible derechos de inscripción especial si la persona sufre la pérdida de otra cobertura de salud o un cambio en la situación familiar según se explica a continuación. Las opciones de cobertura que se le ofrecerán serán las mismas opciones ofrecidas a otros Empleados en situaciones similares.

Nota: Los Jubilados no tienen derecho a inscripción especial debido a la pérdida de otra cobertura. Asimismo, los Jubilados que no participan actualmente en el Plan no serán elegibles para inscribirse al adquirir nuevos Dependientes.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL CONFORME A LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD (HIPAA)

Si Usted tiene un evento de inscripción especial, el Plan le brindará una nueva fecha de inscripción en el Plan según se indica a continuación. En ese momento, Usted podrá inscribirse en el Plan médico sin estar sujeto a las disposiciones para Personas Inscritas Tardíamente del Plan. Si el Plan tiene más de una opción de beneficios, Usted podrá elegir entre todas las opciones para las que sea elegible.

PÉRDIDA DE COBERTURA DE SALUD

Usted y Sus Dependientes pueden tener una oportunidad especial de inscribirse en la cobertura de este Plan si Usted sufre la pérdida de otra cobertura.

Para que Usted sea elegible para los derechos de inscripción especial, debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Usted o Sus Dependientes estaban cubiertos por una póliza de seguro de salud o un plan de salud de grupo en el momento en que se les ofreció la cobertura de este Plan; y
- La cobertura de la otra póliza de seguro de salud o plan de salud de grupo:
 - Era la continuación de la cobertura de COBRA y esa cobertura se canceló o agotó; o
 - Se canceló debido a que la persona dejó de ser elegible para la cobertura conforme a las condiciones de ese plan o póliza; o
 - Se canceló y no se ofreció ninguna cobertura de reemplazo; o
 - Dejó de recibir una contribución monetaria para la prima de parte de la empresa.

Usted o Su Dependiente deben solicitar la cobertura de este Plan dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha en que terminó la otra cobertura.

Usted o Sus Dependientes estaban cubiertos por un plan de Medicaid o un plan de salud infantil estatal y Su cobertura o la de Sus Dependientes se canceló debido a la pérdida de elegibilidad. Usted debe solicitar la cobertura de este Plan dentro de los 60 días después de la fecha de cancelación de dicha cobertura.

Usted o Sus Dependientes no pueden inscribirse en la cobertura de salud de este Plan debido a la pérdida de una cobertura de salud en las siguientes condiciones:

- La cobertura se canceló debido a la falta de pago puntual de las primas o por causa justificada, por ejemplo, por presentar un reclamo fraudulento o una declaración falsa intencional de un hecho importante, o
- Usted o Sus Dependientes cancelaron voluntariamente la otra cobertura, a menos que la empresa actual o anterior deje de contribuir dinero para la prima de esa cobertura.

PERSONAS RECIENTEMENTE ELEGIBLES PARA LA ASISTENCIA CON LAS PRIMAS CONFORME A MEDICAID O EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD INFANTIL

Un Empleado actual y sus Dependientes pueden ser elegibles para un período de inscripción especial si se determina que el Empleado o sus Dependientes son elegibles, conforme a un plan de Medicaid del estado o un plan de salud infantil estatal, para la asistencia con las primas con respecto a la cobertura de este Plan. El Empleado debe solicitar la cobertura de este Plan dentro de los 60 días después de la fecha en que se determine que el Empleado o sus Dependientes son elegibles para dicha asistencia.

COBERTURA PARA JUBILADOS

Los Empleados Jubilados y sus Dependientes pueden, a elección de la Empresa para la cual trabajaban, continuar con la cobertura. El jubilado debe tener al menos 50 años y:

- Tener diez (10) años de cobertura ininterrumpida de cualquier Empresa participante; o
- Haber estado empleado por una Empresa participante durante al menos quince (15) años, o cumplir con cualquier otra restricción que la Empresa imponga. El jubilado puede continuar con la cobertura hasta los 65 años.

La Cobertura para el Jubilado continuará hasta la fecha en que este cumpla 65 años. En ese momento, también terminará la cobertura para los Dependientes del jubilado. El jubilado debe pagar su parte de las contribuciones al Plan.

Si la Empresa actualmente permite que los Dependientes de un jubilado cubierto permanezcan en el Plan después de que el jubilado cumpla 65 años, CEBT ya no permitirá esto después de 12/31/2017.

Nota: Si Usted es elegible para Medicare, los reclamos se deben presentar ante Medicare primero. Después de que Medicare haya procesado Su reclamo, el reclamo y la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de Medicare se deben presentar ante este Plan.

CAMBIO EN LA SITUACIÓN FAMILIAR

Los Empleados actuales y sus Dependientes, los Beneficiarios Calificados de COBRA y otras personas elegibles tienen oportunidades especiales de inscribirse en la cobertura de este Plan si sufren cambios en la situación familiar.

Si una persona adquiere elegibilidad como Dependiente a través de un matrimonio, nacimiento, adopción o Puesta en Adopción, el Empleado, el cónyuge y los Dependientes recientemente adquiridos que no estén inscritos aún pueden inscribirse en la cobertura de salud de este Plan durante un período de inscripción especial. El Empleado debe solicitar la cobertura dentro de los 30 días calendario después del matrimonio, nacimiento, adopción o Puesta en Adopción.

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA CONFORME A LA DISPOSICIÓN DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si una persona elegible solicita correctamente la cobertura durante este período de inscripción especial, la cobertura entrará en vigencia de la siguiente manera:

- En caso de matrimonio, en la fecha del matrimonio (tenga en cuenta que las personas elegibles deben presentar sus formularios de inscripción antes de las Fechas de Vigencia de la cobertura para que las reducciones salariales tengan un tratamiento impositivo preferencial a partir de la fecha en que comienza la cobertura); o
- En el caso del nacimiento de un Dependiente, en la fecha de dicho nacimiento; o
- En el caso de la adopción de un Dependiente, en la fecha de dicha adopción o Puesta en Adopción; o
- En el caso de la elegibilidad para la asistencia con las primas conforme a un plan de Medicaid del estado o un plan de salud infantil estatal, en la fecha en que se reciba la solicitud aprobada de cobertura; o
- En el caso de pérdida de la cobertura, en la fecha posterior a la pérdida de la cobertura.

HIJOS ADOPTADOS Y RECIÉN NACIDOS

Si no tiene cobertura de otro plan, un Hijo recién nacido de un Empleado o cónyuge Dependiente cubierto tiene cobertura de forma automática durante los primeros 31 días de vida y un Hijo adoptado tiene cobertura de forma automática durante el período de 31 días inmediatamente posterior a la puesta en adopción. Se debe inscribir al Hijo recién nacido o adoptado en el Plan oportunamente, según lo descrito más arriba en la sección Fecha de Vigencia de la Cobertura para Sus Dependientes. Si no se inscribe oportunamente al Dependiente, la cobertura del Hijo se cancelará al finalizar el período de 31 días.

DISPOSICIÓN DE TRANSFERENCIA DE LA COBERTURA ENTRE CÓNYUGES

Si ambos cónyuges son Empleados y cada uno de ellos ha obtenido la cobertura individual de este Plan, este Plan permite a Su cónyuge obtener la cobertura como Su Dependiente en cualquier momento.

Además, si ambos cónyuges son Empleados y son elegibles para la cobertura de este Plan y Su cónyuge renunció anteriormente a la cobertura como Empleado para tener la cobertura como Su Dependiente, este Plan permite a Su cónyuge obtener la cobertura como Empleado conforme al Plan e inscribirlos a Usted y a cualquier otro Dependiente elegible como Dependientes de Su cónyuge cuando:

- Usted y Su cónyuge decidan transferir la cobertura del Plan de un cónyuge al otro;
- Su cónyuge decida obtener la cobertura como Empleado por cualquier motivo; o
- Usted cancele Su cobertura del Plan por cualquier motivo.

Para inscribirse oportunamente, Su cónyuge debe elegir la cobertura de este Plan dentro de los 30 días después de la fecha en que termine Su cobertura. La cobertura de este Plan de Su cónyuge entrará en vigencia el día en que termine Su cobertura.

Si Su cónyuge presenta la solicitud más de 30 días después de la fecha en que termine Su cobertura, Usted no será elegible para la cobertura hasta el siguiente período anual de inscripciones

CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS

Cualquier cambio en los beneficios entrará en vigencia en la fecha del cambio para todos los Empleados y Dependientes. Cualquier cambio en la cobertura entrará en vigencia en la fecha del cambio para todos los Empleados y Dependientes.

DISPOSICIONES ESPECIALES EN CASO DE NO ESTAR TRABAJANDO ACTIVAMENTE

Si Usted sigue pagando las contribuciones requeridas al Plan, Su cobertura permanecerá en vigencia por un período no mayor a:

- Un año durante un permiso aprobado no militar para ausentarse del trabajo (incluido un permiso para ausentarse del trabajo por discapacidad total); o
- Dos años consecutivos durante una licencia sabática aprobada.

Los períodos indicados anteriormente se reducirán según la cobertura exigida por la Ley de Licencia Médica y Familiar. El Plan debe seguir en vigencia para que se aplique esta disposición.

Al final de este período, se ofrecerá la continuación de COBRA.

CONTINUACIÓN PARA DEPENDIENTES SUPÉRSTITES

Si Usted tiene cobertura de Dependientes en vigencia en la fecha de Su muerte, la cobertura de este Plan continuará para Sus Dependientes supérstites que estén cubiertos por el Plan el día inmediatamente anterior a Su muerte. La Continuación de la Cobertura para Dependientes supérstites terminará en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que Sus Dependientes supérstites comiencen a estar cubiertos por cualquier otro plan de grupo;
- Al final de los dos años consecutivos siguientes a Su muerte.

Esta continuación será simultánea a cualquier continuación de la cobertura exigida por COBRA. Durante este período, no se aplicará ninguna contribución para las primas requeridas.

RELACIÓN CON EL SECTION 125 CAFETERIA PLAN

Este Plan también podría permitir cambios adicionales en la inscripción debido eventos de cambio de estado conforme al Section 125 Cafeteria Plan de la empresa. Para obtener más información, consulte el Section 125 Cafeteria Plan de la empresa.

CANCELACIÓN

Para obtener información sobre la continuación de la cobertura, consulte la sección Continuación de la Cobertura de COBRA de este Resumen de Descripción del Plan.

LA COBERTURA DEL EMPLEADO

Su cobertura de este Plan terminará en la primera de las siguientes fechas:

- El fin del período por el que se hizo Su última contribución, si Usted no hace una contribución requerida para pagar el costo de la cobertura puntualmente; o
- La fecha en que se cancele este Plan; o
- La fecha en que se cancele la cobertura para Su clase de beneficios; o
- El último día del mes en que Usted diga al Plan que cancele Su cobertura, si Usted la cancela voluntariamente mientras sigue siendo elegible, debido a un cambio de estado o una inscripción especial, o en los períodos anuales de inscripciones abiertas; o
- El fin del período de estabilidad en el que Usted se hizo miembro de una clase sin cobertura, según lo determine la empresa, excepto lo siguiente:
 - Si Usted se encuentra temporalmente ausente del trabajo debido a un permiso aprobado para ausentarse del trabajo por razones médicas o de otra índole, Su cobertura de este Plan continuará durante dicha ausencia por hasta 1 año, siempre y cuando se pague puntualmente la contribución correspondiente del Empleado.
 - Dos años consecutivos durante una licencia sabática aprobada.
 - Si Usted se encuentra temporalmente ausente del trabajo debido al servicio militar activo, consulte USERRA en la sección Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Miembros de los Servicios Uniformados de 1994; o
- El último día del mes en que termine Su empleo; o
- Al final del período por el que se adeudaba y no se pagó cualquier contribución requerida del Empleado o de la Empresa; o
- La fecha en que ingrese en el servicio militar, naval o aéreo a tiempo completo de cualquier país; o
- La fecha en que Usted presente un reclamo falso o participe en cualquier otro tipo de acto fraudulento en relación con este Plan o cualquier otro plan de grupo.

LA COBERTURA DE SU DEPENDIENTE

La cobertura de Su Dependiente terminará en la primera de las siguientes fechas:

- El fin del período por el que se hizo Su última contribución, si Usted no hace una contribución requerida para pagar el costo de la cobertura de Su Dependiente puntualmente; o
- El día del mes en que termine Su cobertura, excepto que, en caso de la muerte del Empleado, la cobertura para el Dependiente pueda continuar durante dos años consecutivos; o
- El último día del mes en que Su Dependiente deje de ser Su cónyuge legal o no cumpla con la definición de pareja en Concubinato debido a una separación legal o un divorcio, según lo determine la ley del estado en el que Usted reside; o
- El último día del mes en que Su Hijo Dependiente cumpla la edad límite que se indica en la sección Elegibilidad e Inscripción; o

- Si Su Hijo Dependiente califica para la cobertura extendida para Dependientes por estar Totalmente Discapacitado, el último día del mes en que Su Hijo Dependiente deje de ser considerado Totalmente Discapacitado conforme a las condiciones del Plan; o
- El último día del mes en que Su Hijo Dependiente deje de cumplir con un criterio de elegibilidad obligatorio enumerado en la sección Elegibilidad e Inscripción; o
- La fecha en que la cobertura para el Dependiente deje de ser ofrecida por este Plan; o
- El último día del mes en que Usted diga al Plan que cancele la cobertura de Su Dependiente, si Usted la cancela voluntariamente mientras este sigue siendo elegible, debido a un cambio de estado o una inscripción especial, o en los períodos anuales de inscripciones abiertas; o
- El último día del mes en que el Dependiente comience a estar cubierto como Empleado por este Plan; o
- La fecha en que el Dependiente ingrese en el servicio militar, naval o aéreo a tiempo completo de cualquier país; o
- La fecha en que Usted o Su Dependiente presente un reclamo falso o participe en cualquier otro tipo de acto fraudulento en relación con este Plan o cualquier otro plan de grupo.

RESCISIÓN DE LA COBERTURA

Según lo permitido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente, el Plan se reserva el derecho a rescindir la cobertura. Una rescisión de la cobertura es una cancelación o una interrupción retrospectiva de la cobertura debido a fraude o declaración falsa intencional de un hecho importante.

Una cancelación/interrupción de la cobertura **no** es una rescisión si:

- solamente tiene un efecto futuro; o
- es atribuible a la falta de pago de las primas o contribuciones; o
- es iniciada por Usted o Su representante personal.

RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA

Si Su cobertura termina debido al fin del empleo, un permiso para ausentarse del trabajo, la reducción de horas o el despido y Usted vuelve a calificar para la elegibilidad en este Plan (es recontratado o se lo considera recontratado a efectos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio) dentro de las 26 semanas a partir de la fecha en que terminó Su cobertura, se restablecerá Su cobertura. Si Su cobertura termina debido al fin del empleo, un permiso para ausentarse del trabajo, la reducción de horas o el despido y Usted no vuelve a calificar para la elegibilidad en este Plan (no es recontratado o no se lo considera recontratado a efectos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio) dentro de las 26 semanas a partir de la fecha en que terminó Su cobertura, y Usted no prestó ninguna hora de servicio que se haya acreditado dentro del período de 26 semanas, se lo tratará como una nueva contratación y deberá cumplir con todos los requisitos de un Empleado nuevo. Consulte la información sobre la Ley de Licencia Médica y Familiar y la Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Miembros de los Servicios Uniformados para conocer posibles excepciones, o comuníquese con Su oficina de Recursos Humanos o de Personal.

AVISO IMPORTANTE PARA EMPLEADOS ACTIVOS Y CÓNYUGES MAYORES DE 65 AÑOS

El Plan no puede cancelar Su cobertura debido a Su edad ni estado de Medicare. Un Empleado activo que sea elegible para Medicare debido a su edad (mayor de 65 años) tiene la opción de:

- Mantener la cobertura de este Plan, en cuyo caso los beneficios de Medicare serían secundarios a los de este Plan; o
- Terminar la cobertura de este Plan, en cuyo caso Medicare sería la única cobertura disponible para el Empleado.

El cónyuge de un Empleado activo que sea elegible para Medicare debido a su edad (mayor de 65 años) tiene las mismas opciones.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

Nota: UMR (el administrador de reclamos) no administra los beneficios ni los servicios descritos en esta disposición. Si tiene alguna pregunta relacionada con esta cobertura o estos servicios, comuníquese con el administrador de beneficios o con Su empresa.

Importante: Lea esta disposición en su totalidad para conocer los derechos y obligaciones de una Persona Cubierta conforme a COBRA.

El siguiente es un resumen de los requisitos federales de continuación de la cobertura conforme a la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA) de 1985, con sus enmiendas. Este resumen generalmente brinda una explicación sobre la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para Usted y Su familia, y qué deben hacer Usted y Sus Dependientes para proteger el derecho a recibirla. Cuando Usted adquiere elegibilidad para COBRA, también puede adquirir elegibilidad para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Este resumen constituye un aviso general de los derechos de una Persona Cubierta conforme a COBRA, pero no pretende cumplir con todos los requisitos de la ley federal. Su empresa o el Administrador de COBRA les brindarán información adicional a Usted o Sus Dependientes según sea necesario.

Si Usted pierde Su cobertura de salud de grupo, es posible que tenga otras opciones disponibles. Por ejemplo, podría ser elegible para adquirir un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en una cobertura a través del Mercado, podría calificar para menores costos en Sus primas mensuales y menores costos de desembolso personal. Además, podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud de grupo para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte Personas Inscritas Tardíamente.

INTRODUCCIÓN

La ley federal concede a ciertas personas, conocidas como Beneficiarios Calificados (definidos más abajo), el derecho a continuar sus beneficios de atención de la salud después de la fecha en que de lo contrario perderían la cobertura. El Beneficiario Calificado debe pagar el costo total de la continuación de la cobertura de COBRA, más un cargo administrativo. En general, un Beneficiario Calificado tiene los mismos derechos y obligaciones conforme al Plan que un participante activo.

Un Beneficiario Calificado puede optar por continuar con la cobertura de este Plan si la cobertura de dicha persona terminaría debido a un evento de vida, conocido como un Evento que Califica (según se describe más abajo). Cuando un Evento que Califica causa (o causará) una Pérdida de Cobertura, el Plan debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA. Pérdida de Cobertura significa más que perder la cobertura por completo. Significa que una persona deja de estar cubierta conforme a los mismos términos y condiciones que están en vigencia inmediatamente antes del Evento que Califica. En resumen, un Evento que Califica más una Pérdida de Cobertura conceden a un Beneficiario Calificado el derecho a elegir la cobertura de COBRA.

Por lo general, Usted, Su cónyuge cubierto y Sus Hijos Dependientes pueden ser Beneficiarios Calificados y ser elegibles para elegir la Continuación de la Cobertura de COBRA, aunque Usted o Su Dependiente ya esté cubierto por otro plan de salud de grupo patrocinado por una empresa o esté inscrito en Medicare en el momento de la elección de COBRA.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA PARA LOS BENEFICIARIOS CALIFICADOS

La duración de la continuación de la cobertura de COBRA que se ofrece varía según quién sea el Beneficiario Calificado y qué tipo de **Evento que Califica** se tenga, según se describe a continuación.

Si Usted es un Empleado, se convertirá en un Beneficiario Calificado si pierde Su cobertura del Plan debido a que ocurre uno de los siguientes Eventos que Califican:

Evento que Califica	Duración de la Continuación
<ul style="list-style-type: none">• Su empleo termina por cualquier otra razón que no sea una conducta inadecuada grave	hasta 18 meses
<ul style="list-style-type: none">• Sus horas de trabajo se reducen	hasta 18 meses

(Existen dos maneras para extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA. Consulte la siguiente sección titulada “Derecho a Extender la Continuación de la Cobertura de COBRA” para obtener más información).

El cónyuge de un Empleado se convertirá en un Beneficiario Calificado si pierde la cobertura del Plan debido a que ocurre uno de los siguientes Eventos que Califican:

Evento que Califica	Duración de la Continuación
• El Empleado fallece	hasta 36 meses
• Las horas de trabajo del Empleado se reducen	hasta 18 meses
• El empleo del Empleado termina por cualquier otra razón que no sea una conducta inadecuada grave	hasta 18 meses
• El Empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en la Parte A, Parte B o ambas)	hasta 36 meses
• El Empleado y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente	hasta 36 meses

Los Hijos Dependientes de un Empleado se convertirán en Beneficiarios Calificados si pierden la cobertura del Plan debido a que ocurre uno de los siguientes Eventos que Califican:

Evento que Califica	Duración de la Continuación
• El padre Empleado fallece	hasta 36 meses
• El empleo del padre Empleado termina por cualquier otra razón que no sea una conducta inadecuada grave	hasta 18 meses
• Las horas de trabajo del padre Empleado se reducen	hasta 18 meses
• El padre Empleado adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas)	hasta 36 meses
• Los padres se divorcian o se separan legalmente	hasta 36 meses
• El Hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan en calidad de Dependiente	hasta 36 meses

La Continuación de la Cobertura de COBRA para Empleados Jubilados y sus Dependientes se describe a continuación:

Evento que Califica	Duración de la Continuación
• Si Usted es un Empleado Jubilado y Su cobertura se reduce o se cancela debido a que adquiere derecho a Medicare y, como resultado, la cobertura de Su Dependiente también se cancela, Su cónyuge e Hijos Dependientes también pueden convertirse en Beneficiarios Calificados.	hasta 36 meses
• Si Usted es un Empleado Jubilado y Su empresa declara la bancarrota conforme al Título 11 del Código de los Estados Unidos, la bancarrota puede ser un Evento que Califica. Si la bancarrota provoca la Pérdida de Cobertura del Empleado Jubilado en este Plan, el Empleado Jubilado es un Beneficiario Calificado. Los Hijos Dependientes y el cónyuge o cónyuge supérstite del Empleado Jubilado también serán Beneficiarios Calificados si la bancarrota resulta en la Pérdida de su Cobertura de este Plan.	
➤ Empleado Jubilado	De por vida
➤ Dependientes	36 meses

Nota: Un cónyuge o Hijo Dependiente recientemente adquirido por nacimiento o adopción durante un período de continuación de la cobertura es elegible para ser inscrito como Dependiente. La disposición de inscripción estándar del Plan se aplica a los afiliados durante la continuación de la cobertura. Un Dependiente, que no sea un Hijo recién nacido ni recientemente adoptado, que es adquirido e inscrito después del Evento que Califica original, no es elegible como Beneficiario Calificado si ocurre un Evento que Califica subsiguiente.

PROCEDIMIENTOS DE AVISO DE COBRA

AVISOS QUE UNA PERSONA CUBIERTA DEBE ENVIAR CONFORME A ESTE RESUMEN DE DESCRIPCIÓN DEL PLAN

A fin de ser elegibles para recibir la continuación de la cobertura de COBRA, los Empleados cubiertos y sus Dependientes tienen la obligación de enviar un aviso por escrito al administrador si se producen determinados Eventos que Califican (incluido el divorcio o la separación legal del Empleado y su cónyuge, y la pérdida de elegibilidad de un Hijo Dependiente para la cobertura en calidad de Dependiente). Siga las reglas que se describen en este procedimiento cuando deba enviar un aviso al administrador, ya sea a Su empresa o al Administrador de COBRA.

El aviso por escrito de un Beneficiario Calificado debe incluir todos los datos siguientes (se encuentra disponible a solicitud un formulario para notificar al administrador de COBRA):

- El nombre, la dirección actual y el número de teléfono completo del Beneficiario Calificado,
- El número de grupo y el nombre de la empresa del Empleado,
- Una descripción del Evento que Califica (es decir, el evento de vida que tuvo) y
- La fecha en que ocurrió u ocurrirá el Evento que Califica.

A efectos de los plazos descritos en este Resumen de Descripción del Plan, el matasellos del aviso debe ser anterior a la fecha límite. A fin de proteger los derechos de Su familia, se debe mantener informado al Administrador del Plan de los cambios en las direcciones de los miembros de Su familia. Guarde copias de todos los avisos que envíe al Administrador del Plan o al Administrador de COBRA.

REQUISITOS DEL AVISO DE COBRA Y PROCESO DE ELECCIÓN

OBLIGACIONES DE LA EMPRESA DE ENVIAR UN AVISO DEL EVENTO QUE CALIFICA

Su empresa le enviará un aviso al Administrador del Plan cuando termine la cobertura debido al fin del empleo o la reducción de horas del Empleado, la muerte del Empleado o el hecho de que el Empleado adquiriera el derecho a los beneficios de Medicare debido a la edad o una discapacidad (Parte A, Parte B o ambas). Su empresa notificará al Administrador de COBRA dentro de los 30 días calendario a partir del momento en que ocurra uno de estos eventos.

OBLIGACIONES DEL EMPLEADO DE DAR AVISO DEL EVENTO QUE CALIFICA

La Persona Cubierta debe dar aviso al Administrador del Plan en caso del divorcio o la separación legal del Empleado y su cónyuge, un Hijo Dependiente que deja de ser elegible para la cobertura del Plan o un segundo Evento que Califica. El Empleado cubierto o Beneficiario Calificado debe dar aviso por escrito al Administrador del Plan a fin de garantizar sus derechos a la continuación de la cobertura de COBRA. La Persona Cubierta debe dar este aviso dentro del período de 60 días calendario que comienza en la última de las siguientes fechas:

- La fecha del Evento que Califica; o
- La fecha en que haya una Pérdida de Cobertura (o habría una Pérdida de Cobertura) debido al Evento que Califica original; o
- La fecha en que se informa al Beneficiario Calificado sobre este requisito de aviso al recibir este Resumen de Descripción del Plan o el Aviso General de COBRA.

El Administrador del Plan notificará al Administrador de COBRA dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que se haya dado aviso del Evento que Califica.

El Administrador de COBRA, a su vez, enviará un aviso de elección a cada Beneficiario Calificado dentro de los 14 días calendario después de recibir el aviso de un Evento que Califica de parte de la empresa, el Empleado cubierto o el Beneficiario Calificado.

CÓMO ELEGIR CONTINUAR CON LA COBERTURA DE SALUD DE GRUPO

Cada Beneficiario Calificado tiene el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. El Beneficiario Calificado recibirá un formulario de elección de COBRA que debe llenar para elegir continuar con la cobertura de salud de grupo de este Plan. El Beneficiario Calificado puede elegir la cobertura de COBRA en cualquier momento dentro del período de elección de 60 días. El período de elección termina 60 días calendario después de la última de las siguientes fechas:

- La fecha en que termina la cobertura del Plan debido a un Evento que Califica; o
- La fecha en que el Administrador del Plan envíe un aviso de elección al Beneficiario Calificado.

Un Beneficiario Calificado debe notificar por escrito al Administrador de COBRA su elección para continuar con la cobertura de salud de grupo y debe hacer los pagos requeridos puntualmente para seguir estando cubierto. Si el Beneficiario Calificado no elige la continuación de la cobertura de COBRA dentro del período de elección de 60 días, la cobertura de salud de grupo terminará el día del Evento que Califica.

PAGO DE RECLAMOS Y FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA

Este Plan no pagará ningún reclamo por servicios que el Beneficiario Calificado reciba a partir de la fecha en que se pierda la cobertura debido a un Evento que Califica. Sin embargo, si el Beneficiario Calificado no ha renunciado a la cobertura y decide elegir la continuación de la cobertura de COBRA dentro del período de elección de 60 días, se restablecerá retroactivamente la cobertura de salud de grupo a la fecha en que se perdió la cobertura, siempre y cuando el Beneficiario Calificado haga el pago requerido puntualmente. Todo reclamo que se haya denegado durante el período de elección inicial de COBRA se volverá a procesar una vez que el Administrador de COBRA reciba el formulario de elección de COBRA llenado y el pago requerido.

Si el Beneficiario Calificado renunció previamente a la cobertura de COBRA, pero revoca esa renuncia dentro del período de elección de 60 días, la cobertura no será retroactiva a la fecha del Evento que Califica, sino que entrará en vigencia en la fecha en que se revoque la renuncia.

PAGO DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

Los Beneficiarios Calificados deben pagar el costo total de la continuación de la cobertura, que incluye tanto la contribución de la empresa como la del Empleado. Este costo también puede incluir un cargo adicional del 2% para cubrir los gastos administrativos (o, en el caso de la extensión de 11 meses debido a una discapacidad, un cargo adicional del 50%). El costo de la continuación de la cobertura está sujeto a cambios al menos una vez por año.

Si Su empresa ofrece oportunidades de inscripciones abiertas anuales a los Empleados activos, cada Beneficiario Calificado tendrá las mismas opciones conforme a COBRA (por ejemplo, el derecho de agregar o eliminar la cobertura para Dependientes). El costo de la continuación de la cobertura se ajustará en consecuencia.

El **pago inicial** vence a más tardar 45 días calendario después de la fecha en que el Beneficiario Calificado elige COBRA, según consta en la fecha del matasellos del sobre. Este primer pago debe cubrir el costo de la continuación de la cobertura desde el momento en que la cobertura del Plan de lo contrario hubiera terminado, hasta el momento en que se hace el primer pago. Si el pago inicial no se hace dentro del período de 45 días, la cobertura seguirá cancelada, sin la posibilidad de restablecimiento. No hay período de gracia para el pago inicial.

La fecha de vencimiento para los **pagos subsiguientes** generalmente es el primer día del mes de cualquier período de cobertura en particular. Sin embargo, el Beneficiario Calificado recibirá información de pago específica (incluidas las fechas de vencimiento) cuando adquiera elegibilidad para la continuación de la cobertura de COBRA y la elija.

Si, por cualquier motivo, un Beneficiario Calificado recibe los beneficios del Plan durante un mes para el que no se hizo el pago a tiempo, el Beneficiario Calificado deberá reembolsar al Plan los beneficios recibidos.

Si el Administrador de COBRA recibe un cheque con datos faltantes o discrepancias entre los datos del cheque (p. ej., la cantidad numérica en dólares no coincide con la cantidad escrita en dólares), el Administrador de COBRA enviará un aviso al Beneficiario Calificado con información sobre lo que se debe hacer para corregir el error.

Nota: Si un cheque es devuelto por fondos insuficientes, se considerará que no se hizo el pago.

OBLIGACIONES DE AVISO DE UN BENEFICIARIO CALIFICADO MIENTRAS ESTÁ EN COBRA

Siempre mantenga informado al Administrador de COBRA de las direcciones actuales de todas las Personas Cubiertas que son o que pueden llegar a ser Beneficiarios Calificados. Si no proporciona esta información al Administrador de COBRA, Usted o Sus Dependientes podrían perder derechos importantes conforme a COBRA.

Además, se debe enviar un aviso por escrito al Administrador de COBRA dentro de los 30 días calendario después de la fecha en que ocurra uno de los siguientes eventos:

- El Beneficiario Calificado contrae matrimonio. Consulte la sección Disposición de Inscripción Especial de este de este Resumen de Descripción del Plan para obtener información adicional sobre los derechos de inscripción especial.
- Nace un Hijo del Beneficiario Calificado o el Beneficiario Calificado adopta o recibe la Puesta en Adopción de un Hijo. Consulte la sección Disposición de Inscripción Especial de este de este Resumen de Descripción del Plan para obtener información adicional sobre los derechos de inscripción especial.
- La Administración del Seguro Social toma la determinación definitiva de que un Beneficiario Calificado discapacitado ya no se encuentra discapacitado.
- Un Beneficiario Calificado recibe la cobertura de otro plan de salud de grupo o se inscribe en la Parte A o la Parte B de Medicare.

Además, si el Administrador de COBRA o el Administrador del Plan solicita información adicional al Beneficiario Calificado, este debe presentar la información solicitada en el plazo descrito en el documento de la solicitud.

DURACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de COBRA está disponible hasta los períodos máximos descritos a continuación, sujetos a todas las normas de COBRA y a las condiciones de este Resumen de Descripción del Plan:

- Para Empleados y Dependientes: 18 meses a partir del Evento que Califica, si se debe al fin del empleo o a la reducción de horas de trabajo del Empleado. (Si un Empleado activo se inscribe en Medicare antes del fin del empleo o de la reducción de horas, el cónyuge y los Hijos Dependientes cubiertos tendrán derecho a la continuación de la cobertura de COBRA durante el plazo que sea mayor: 18 meses a partir del fin del empleo o la reducción de horas del Empleado o 36 meses a partir de la Fecha de Inscripción en Medicare anterior, independientemente de que la inscripción en Medicare sea o no un Evento que Califica).
- Solo para Dependientes: 36 meses a partir del Evento que Califica, si se pierde la cobertura debido a uno de los siguientes eventos:
 - Muerte del Empleado.
 - Divorcio o separación legal del Empleado.
 - Inscripción del exEmpleado en Medicare.
 - Pérdida de elegibilidad como Dependiente, según se define en el Plan, de un Hijo Dependiente.

- Para Empleados Jubilados y Dependientes de Empleados Jubilados solamente: Si la bancarrota de la empresa es el Evento que Califica que causa la Pérdida de Cobertura, los Beneficiarios Calificados pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA por los siguientes períodos máximos, sujetos a todas las normas de COBRA. El Empleado Jubilado cubierto puede continuar con la cobertura de COBRA por el resto de su vida. El cónyuge cubierto, el cónyuge supérstite o el Hijo Dependiente del Empleado Jubilado cubierto podrán mantener la cobertura hasta la primera de las siguientes fechas:
 - La fecha en que fallece el Beneficiario Calificado; o
 - La fecha en que se cumplen 36 meses de la muerte del Empleado Jubilado cubierto.

DERECHO A EXTENDER LA DURACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

Durante la continuación de la cobertura de COBRA, ciertos Beneficiarios Calificados podrían tener derecho a extender la continuación de la cobertura, siempre y cuando den aviso por escrito al Administrador de COBRA lo antes posible, pero sin excederse de los plazos **obligatorios** que se indican más abajo.

Determinación de Discapacidad del Seguro Social (Para Empleados y Dependientes): Se puede conceder a un Beneficiario Calificado una extensión de 11 meses al período inicial de continuación de la cobertura de COBRA de 18 meses, durante un total máximo de 29 meses de COBRA, en caso de que la Administración del Seguro Social determine que el Beneficiario Calificado está discapacitado ya sea antes de adquirir elegibilidad para la continuación de la cobertura de COBRA o dentro de los primeros 60 días de estar cubierto. Esta extensión no se aplicará si la continuación de COBRA original fue de 36 meses.

Si el Beneficiario Calificado tiene miembros de su familia que no están discapacitados y que también son Beneficiarios Calificados, esos miembros de su familia que no están discapacitados también tienen derecho a la extensión por discapacidad.

El Beneficiario Calificado debe dar al Administrador de COBRA una copia de la carta de determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social antes del fin del período inicial de 18 meses y dentro de los 60 días después de la última de las siguientes fechas:

- La fecha de la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social;
- La fecha en que ocurre el Evento que Califica;
- La fecha en que el Beneficiario Calificado pierde (o perdería) la cobertura debido al Evento que Califica original; o
- La fecha en que el Beneficiario Calificado queda informado sobre el requisito de notificar la discapacidad al Administrador de COBRA mediante este Resumen de Descripción del Plan o el Aviso General de COBRA.

Nota: Es posible que las primas sean más altas después del período inicial de 18 meses para las personas que ejercen esta disposición de extensión de discapacidad disponible conforme a COBRA.

Si la Administración del Seguro Social determina que el Beneficiario Calificado ya no se encuentra discapacitado, este debe notificarlo al Plan dentro de los 30 días posteriores a dicha determinación.

Segundo Evento que Califica (Solo Dependientes): Si Su familia tiene otro Evento que Califica mientras recibe los 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los Hijos Dependientes de Su familia que sean Beneficiarios Calificados pueden recibir hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se avisa del segundo evento al Administrador de COBRA. Esta cobertura adicional puede estar disponible para el cónyuge o los Hijos Dependientes que sean Beneficiarios Calificados si el Empleado o ex empleado fallece, adquiere derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas) o se divorcia o separa legalmente, o si el Hijo Dependiente pierde la elegibilidad como Dependiente conforme al Plan. Esta extensión está disponible únicamente si los Beneficiarios Calificados estuvieron cubiertos por el Plan antes del Evento que Califica original o, en el caso de un Hijo recién nacido incorporado como resultado de un derecho de inscripción especial conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Los Dependientes adquiridos durante la continuación de COBRA (excepto Hijos recién nacidos y recientemente adoptados) no son elegibles para continuar con la cobertura como resultado de un Evento que Califica subsiguiente. Estos eventos derivarán en la extensión solamente cuando el evento habría provocado la pérdida de la cobertura del cónyuge o del Hijo Dependiente si el primer Evento que Califica no hubiese ocurrido.

Usted o Sus Dependientes deben avisar de un segundo Evento que Califica al Administrador de COBRA dentro de un período de 60 días que comienza a correr en la última de las siguientes fechas:

- La fecha del segundo Evento que Califica; o
- La fecha en que el Beneficiario Calificado pierde (o perdería) la cobertura debido al segundo Evento que Califica; o
- La fecha en que el Beneficiario Calificado queda informado sobre el requisito de notificar el segundo Evento que Califica al Administrador de COBRA mediante este Resumen de Descripción del Plan o el Aviso General de COBRA.

OPCIONES DE COBERTURA APARTE DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

Es posible que haya otras opciones de cobertura para Usted y Su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP) u otra cobertura de plan de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) durante el llamado "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones podrían costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Usted puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.cuidadodesalud.gov/es.

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque aún está empleado, después del período de inscripción inicial en Medicare, Usted tiene un período de inscripción especial de ocho meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir del (a) mes posterior al fin de Su empleo o (b) mes posterior al fin de la cobertura del plan de salud de grupo de Su empleo actual, lo que ocurra primero.

Si no se inscribe en Medicare y, en cambio, elige la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar un recargo por inscripción tardía en la Parte B y podría tener una interrupción en la cobertura si más adelante decide que quiere inscribirse en la Parte B. Si elige la continuación de la Cobertura de COBRA y después se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la continuación de la cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar Su continuación de la cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia a partir de la fecha de elección de COBRA, no se puede interrumpir la cobertura de COBRA debido a que Usted adquirió derecho a Medicare, aunque se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA. Si se inscribe tanto en la continuación de la cobertura de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (como pagador primario) y la continuación de la cobertura de COBRA pagará segundo. Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

CANCELACIÓN TEMPRANA DE LA CONTINUACIÓN DE COBRA

La continuación de la cobertura de COBRA se puede cancelar antes de que se terminen los períodos máximos de cobertura mencionados arriba por cualquiera de los siguientes motivos:

- La empresa deja de mantener un plan de salud de grupo para los Empleados. (Tenga en cuenta que, si la empresa cancela el plan de salud de grupo por el que está cubierto el Beneficiario Calificado, pero sigue manteniendo otro plan de salud de grupo para Empleados en situación similar, se le ofrecerá al Beneficiario Calificado la continuación de la cobertura de COBRA del otro plan de salud de grupo que sigue en vigencia, aunque los beneficios y costos podrían no ser los mismos).

- La contribución requerida para la cobertura del Beneficiario Calificado no se paga dentro del plazo expresado en las normas de COBRA.
- Después de elegir la continuación de la cobertura de COBRA, el Beneficiario Calificado adquiere derecho a Medicare y se inscribe en Medicare.
- Después de elegir la continuación de la cobertura de COBRA, el Beneficiario Calificado recibe la cobertura de otro plan de salud de grupo.
- Se determina que el Beneficiario Calificado no está discapacitado durante la extensión por discapacidad. El Plan cancelará la continuación de la cobertura de COBRA del Beneficiario Calificado un mes después de que la Administración del Seguro Social tome una determinación de que el Beneficiario Calificado ya no se encuentra discapacitado.
- Cancelación por causa justificada, como la presentación de reclamos fraudulentos.

AVISO ESPECIAL

Si se elige la continuación de la cobertura, se debe mantener la continuación de la cobertura (mediante el pago del costo de la cobertura) durante todo el período de continuación de la cobertura de COBRA. Si no se agota la continuación de la cobertura y no se mantiene durante todo el período de continuación de la cobertura de COBRA, el Beneficiario Calificado perderá sus derechos de inscripción especial. Es importante tener en cuenta que la pérdida de los derechos de inscripción especial de la HIPAA podría tener efectos adversos para el Beneficiario Calificado ya que le dificultaría obtener cobertura, ya sea una cobertura de salud de grupo o una cobertura de seguro a través del mercado individual o el intercambio. Después de que se agote la continuación de la cobertura de COBRA, el Beneficiario Calificado tendrá la opción de elegir otra cobertura de salud de grupo o cobertura de seguro a través del mercado individual o el intercambio, de acuerdo con sus derechos de inscripción especial conforme a la HIPAA.

DEFINICIONES

Beneficiario Calificado. Persona cubierta por este Plan de salud de grupo inmediatamente antes del Evento que Califica. Un Beneficiario Calificado puede ser un Empleado, el cónyuge de un Empleado cubierto o el Hijo Dependiente de un Empleado cubierto. Este incluye un Hijo biológico o Puesto en Adopción de un Empleado cubierto durante el período de cobertura de COBRA del Empleado, si se inscribe al Hijo en el marco de la Disposición de Inscripción Especial del Plan para hijos recién nacidos y adoptados. También incluye un Hijo que estaba recibiendo los beneficios de este Plan conforme a una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos (QMCSO) inmediatamente antes del Evento que Califica.

Evento que Califica. Pérdida de la Cobertura debido a una de las siguientes circunstancias:

- Muerte del Empleado cubierto.
- Terminación voluntaria o involuntaria del empleo del Empleado cubierto (por razones que no sean una conducta inadecuada grave).
- Reducción de las horas de trabajo del Empleado cubierto.
- Divorcio o separación legal del Empleado cubierto de su cónyuge. (Además, si un Empleado cancela la cobertura para su cónyuge en previsión de un divorcio o una separación legal, y más adelante se concreta el divorcio o la separación legal, este último divorcio o separación legal puede considerarse un Evento que Califica, aunque el excónyuge haya perdido la cobertura antes. Si el excónyuge notifica por escrito al Plan o al Administrador de COBRA dentro de los 60 días calendario después del divorcio o de la separación legal, y puede establecerse que la cobertura se eliminó originalmente en previsión del divorcio o de la separación legal, la cobertura de COBRA puede estar disponible para el período posterior al divorcio o la separación legal).

- El ex empleado cubierto se inscribe en Medicare.
- Un Hijo Dependiente deja de calificar como Dependiente, según se define en el Plan.

Pérdida de Cobertura. Cualquier cambio en los términos y condiciones de la cobertura en vigencia inmediatamente antes de un Evento que Califica. Pérdida de Cobertura incluye un cambio en las condiciones de la cobertura, un cambio de plan, la cancelación de la cobertura, la Pérdida parcial de la Cobertura, un aumento en el costo del Empleado, así como otros cambios que afecten los términos o condiciones de la cobertura. La Pérdida de Cobertura no siempre ocurre inmediatamente después del Evento que Califica, pero siempre debe ocurrir dentro del período de cobertura de 18 o 36 meses correspondiente. Una Pérdida de Cobertura que no es causada por un Evento que Califica tal vez no conceda derechos a COBRA.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA PARA PAREJAS DE UNIÓN CIVIL

Las Parejas de Unión Libre no califican como Beneficiarios Calificados conforme a la ley federal COBRA. Por lo tanto, conforme a la ley federal, una Pareja de Unión Libre no tiene derecho a elegir COBRA independientemente y por separado de un Empleado elegible.

Sin embargo, este Plan permite a las Parejas de Unión Civil elegir continuar con la cobertura conforme a una extensión “similar a la de COBRA”, de forma separada e independiente de los Empleados elegibles, sujetas a los mismos términos y condiciones que se describen para los Beneficiarios Calificados según COBRA, cuando ocurra un Evento que Califica.

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas referentes a Su Plan o a sus derechos a la continuación de la cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos que se indican a continuación. Para obtener más información sobre COBRA, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud de grupo, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos de Su área o visite el sitio de Internet de EBSA en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA se encuentran disponibles a través del sitio de Internet de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.cuidadodesalud.gov/es.

El Administrador del Plan:
CEBT
555 17TH ST STE 2050
DENVER CO 80202

El Administrador de COBRA
ALERUS RETIREMENT AND BENEFITS (PAGOS)
PO BOX 3850
OMAHA NE 68103-3850

Para cualquier otro tipo de correspondencia, use la siguiente dirección:
ALERUS RETIREMENT BENEFITS
PO BOX 64533
ST PAUL MN 55164-0535

Llame al Departamento de Servicio al Cliente de COBRA al (800) 761-1934 en nuestro horario de atención estándar, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. También puede comunicarse con nosotros por correo electrónico a cobra@alerus.com.

El Departamento de COBRA está cerrado en reconocimiento de los Días Festivos Federales.

LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y RECONTRATACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS DE 1994

INTRODUCCIÓN

Las empresas están obligadas a ofrecer una continuación de la cobertura de cuidado de la salud similar a COBRA a las personas que se encuentren en servicio en las Fuerzas Armadas, si la ausencia por deberes militares tendría como consecuencia una pérdida de cobertura. Los Empleados de licencia por servicio militar deben ser tratados como si estuvieran con un permiso para ausentarse del trabajo y tienen derecho a todos los demás derechos y beneficios conferidos a Empleados en situación similar con permiso de ausencia o para ausentarse del trabajo. Si una empresa tiene diferentes tipos de beneficios disponibles según el tipo de permiso para ausentarse del trabajo, se deben aplicar los beneficios de ausencia comparable más favorables a los Empleados que se encuentren de licencia militar. El restablecimiento después de un permiso de ausencia militar no puede estar sujeto a Períodos de Espera.

COBERTURA

La duración máxima de la continuación de la cobertura de cuidado de la salud exigida por la Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Miembros de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA) de 1994 es el menor de los siguientes plazos:

- 24 meses a partir del día que comienza el permiso de ausencia para miembros de los servicios uniformados, o
- Un período que comienza el día en que empieza la licencia por servicio militar y termina el día después de que el Empleado no se reintegra al trabajo o no vuelve a solicitar el empleo dentro del plazo permitido por USERRA.

ELECCIÓN Y AVISO DE USERRA

El Empleado, o un funcionario apropiado del servicio uniformado en el que se desempeñará el Empleado, debe notificar a la empresa que el Empleado tiene la intención de dejar su puesto de trabajo para prestar servicio militar. El Empleado debe dar aviso con toda la anticipación que sea razonable según las circunstancias. El Empleado está eximido de dar aviso debido a necesidad militar, o si dar aviso fuera de alguna manera imposible o ilógico según las circunstancias.

Una vez que haya dado aviso de la intención de dejar el puesto de trabajo para prestar servicio militar, los Empleados tendrán la oportunidad de elegir la continuación de USERRA. Los Dependientes no tienen un derecho independiente a elegir la cobertura de USERRA. La elección, el pago y la cancelación de la extensión de USERRA se registrará por los mismos requisitos establecidos en la sección Continuación de la Cobertura de COBRA, en la medida que los requisitos de COBRA no discrepen de los de USERRA.

PAGO

Si las órdenes de licencia militar son por un período de 30 días o menos, el Empleado no está obligado a pagar más que la cantidad que hubiera pagado como Empleado activo. Por períodos de 31 días o más, si un Empleado decide continuar con la cobertura de salud conforme a USERRA, dicho Empleado y sus Dependientes cubiertos deberán pagar hasta el 102% de la prima completa por la cobertura elegida.

LA COBERTURA EXTENDIDA FUNCIONA SIMULTÁNEAMENTE

Los Empleados y sus Dependientes pueden ser elegibles tanto para COBRA como para USERRA al mismo tiempo. La elección de la extensión de cobertura de COBRA o USERRA que haga un Empleado de licencia por servicio militar se considerará una elección conforme a ambas leyes y, generalmente, se extenderá la cobertura que ofrezca el mayor beneficio para el Empleado. La cobertura conforme a ambas leyes funcionará simultáneamente. Los Dependientes que opten por elegir de forma independiente la cobertura extendida solamente serán considerados elegibles para la extensión de COBRA si no son elegibles para un derecho de elección independiente y separado conforme a USERRA.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DURANTE UNA LICENCIA MILITAR

La ley exige que la cobertura de este Plan continúe durante una licencia cubierta por la Ley. La cobertura debe ser la misma que se proporciona conforme al Plan a Empleados activos similares. Esto significa que, si se cambia la cobertura para los Empleados activos similares, también se cambiará para la persona de licencia. El costo de dicha cobertura será:

- Para las licencias de 30 días o menos, la misma contribución que se exige a los Empleados activos;
- Para las licencias de 31 días o más, hasta el 102% de la contribución total.

Esta Ley solo se aplica a la cobertura de salud (es decir, médica, dental, de medicamentos y de la vista). Los beneficios del seguro de vida y por discapacidad a corto y largo plazo no están sujetos a la Ley.

Cualquier cobertura exigida por COBRA se reducirá a consecuencia de la cobertura proporcionada debido a esta Ley.

PERÍODO MÁXIMO DE COBERTURA DURANTE UNA LICENCIA MILITAR

La continuación de la cobertura conforme a esta disposición se cancelará en el primero de los siguientes eventos:

- La fecha en que *usted* no se reintegre al trabajo en la Empresa después de finalizar Su licencia. Los Empleados deben reintegrarse al trabajo:
 - el primer día hábil completo después de terminar el servicio militar, en el caso de las licencias de 30 días o menos. Se concederá un tiempo razonable de viaje para regresar de dicho servicio militar,
 - 14 días después de terminar el servicio militar, en el caso de las licencias de 31 a 180 días,
 - 90 días después de terminar el servicio militar, en el caso de las licencias de más de 180 días; o
- 24 meses después de la fecha en que comenzó Su licencia.

RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA DESPUÉS DE UNA LICENCIA MILITAR

La ley exige que se restablezca la cobertura cuando Usted se reintegre al trabajo. Se aplicará el restablecimiento de la cobertura del Plan independientemente de que esta se haya mantenido o no durante la licencia. Para ser elegible para el restablecimiento de la cobertura, Usted debe ser honorablemente dado de baja del servicio militar y reintegrarse al trabajo:

- El primer día hábil completo después de que termine Su servicio militar, en el caso de las licencias de 30 días o menos. Se concederá un tiempo razonable de viaje para regresar de dicho servicio militar;
- 14 días después de que termine Su servicio militar, en el caso de las licencias de 31 a 180 días;
- 90 días después de que termine Su servicio militar, en el caso de las licencias de más de 180 días.

Se le puede conceder más tiempo para reintegrarse al trabajo si Su servicio militar: provoca una enfermedad o lesión; o empeora una enfermedad o lesión. El hecho de no reintegrarse en los plazos indicados tiene que ser debido a dicha enfermedad o lesión. En ese caso, Usted puede tardar hasta dos años en reintegrarse al trabajo. Si por razones ajenas a Su control, no puede reintegrarse al trabajo dentro de los dos años, deberá hacerlo tan pronto como sea razonablemente posible.

Al restablecerse la cobertura, todas las disposiciones y límites del Plan se aplicarán en la medida en que lo habrían hecho si Usted no se hubiera tomado la licencia. El período de elegibilidad se anulará.

Esto no anula los límites del Plan en caso de enfermedad o lesión: provocadas o empeoradas por Su servicio militar. La Secretaría de Asuntos de los Veteranos determinará si Su servicio militar provocó o empeoró una enfermedad o lesión.

NOTA: Para obtener información completa sobre Sus derechos conforme a la Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Miembros de los Servicios Uniformados, comuníquese con Su Empresa.

PROTECCIÓN CONTRA LA FACTURACIÓN DEL SALDO

Esta sección debe ser interpretada de acuerdo a la Ley sin Sorpresas, con sus enmiendas. Los servicios de atención de la salud cubiertos que estén sujetos a los requisitos de la Ley sin Sorpresas se reembolsarán según esta sección. Los planes exclusivos para personas jubiladas no están sujetos a los requisitos de la sección Protección contra la Facturación del Saldo.

Los servicios de atención de la salud de Emergencia prestados por un proveedor Fuera de la Red se reembolsarán según lo establecido en la sección Cantidades Permitidas a continuación.

Los servicios de atención de la salud cubiertos prestados en determinados centros de la red por Médicos Fuera de la Red, cuando no sean servicios de atención de la salud de Emergencia, se reembolsarán según lo establecido en la sección Cantidades Permitidas a continuación. En el caso de estos servicios de atención de la salud cubiertos, la expresión “determinados centros de la red” se limita a Hospitales, Departamentos para Pacientes Ambulatorios de Hospitales, Hospitales de acceso crítico, centros de cirugía ambulatoria y cualquier otro centro especificado por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

El Transporte en Ambulancia aérea proporcionado por un proveedor Fuera de la Red se reembolsará según lo establecido en la sección Cantidades Permitidas a continuación.

CANTIDADES PERMITIDAS

En el caso de los servicios de atención de la salud cubiertos que sean Servicios Auxiliares recibidos en determinados centros de la red en situaciones que no sean de Emergencia de parte de Médicos Fuera de la Red, Usted no es responsable de las cantidades que excedan Su Copago, Participación del Plan o Deducible, y el proveedor Fuera de la Red no puede facturárselas, conforme a la Cantidad Reconocida según se define en este Resumen de Descripción del Plan.

En el caso de los servicios de atención de la salud cubiertos que sean Servicios no Auxiliares recibidos en determinados centros de la red en situaciones que no sean de Emergencia de parte de Médicos Fuera de la Red que no hayan cumplido con los criterios de aviso y consentimiento, o en el caso de las necesidades médicas imprevistas o de urgencia que surjan en el momento en que se preste un Servicio no Auxiliar para el cual se haya dado aviso y consentimiento según se describe a continuación, Usted no es responsable de las cantidades que excedan Su Copago, Participación del Plan o Deducible, y el proveedor Fuera de la Red no puede facturárselas, conforme a la Cantidad Reconocida según se define en este Resumen de Descripción del Plan.

En el caso de los servicios de atención de la salud cubiertos que sean de Emergencia prestados por un proveedor Fuera de la Red, Usted no es responsable de las cantidades que excedan Su Copago, Participación del Plan o Deducible correspondientes, y el proveedor Fuera de la Red no puede facturárselas, conforme a la Cantidad Reconocida según se define en este Resumen de Descripción del Plan.

En el caso de los servicios de atención de la salud cubiertos que sean servicios de Transporte en Ambulancia aérea prestados por un proveedor Fuera de la Red, Usted no es responsable de las cantidades que excedan Su Copago, Participación del Plan o Deducible correspondientes, y el proveedor Fuera de la Red no puede facturárselas, conforme a las tarifas que se habrían aplicado si el servicio hubiera sido prestado por un proveedor de la red y a la Cantidad Reconocida según se define en este Resumen de Descripción del Plan.

Las cantidades permitidas se determinan de acuerdo con las pautas de la norma de reembolso del administrador de reclamos o lo que exija la ley, según se describe en este Resumen de Descripción del Plan.

BENEFICIOS FUERA DE LA RED

Cuando los servicios de atención de la salud cubiertos se reciben de parte de un proveedor Fuera de la Red, según se describe a continuación, las cantidades permitidas se determinan de la siguiente manera:

- En el caso de los servicios de atención de la salud cubiertos que no sean de Emergencia y sean recibidos en determinados centros de la red de parte de Médicos Fuera de la Red, cuando dichos servicios sean Auxiliares o no Auxiliares, y para los cuales no se hayan cumplido con los criterios de aviso y consentimiento de la sección 2799B-2(d) de la Ley de Servicios Públicos con respecto a una visita según lo definido por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, la cantidad permitida se basa en una de las siguientes, en el orden en que aparecen, según corresponda:
 - La tarifa de reembolso según lo determinado por un Modelo de Convenio para Todos los Pagadores del estado.

- La tarifa de reembolso según lo determinado por la ley estatal.
- El pago inicial realizado por el administrador de reclamos o la cantidad acordada posteriormente por el proveedor Fuera de la Red y el administrador de reclamos.
- La cantidad determinada mediante una Resolución Independiente de Disputas (Independent Dispute Resolution, IDR).

A los efectos de esta disposición, la expresión “determinados centros de la red” se limita a Hospitales, Departamentos para Pacientes Ambulatorios de Hospitales, Hospitales de acceso crítico, centros de cirugía ambulatoria y cualquier otro centro especificado por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

AVISO IMPORTANTE: En el caso de los Servicios Auxiliares, los Servicios no Auxiliares prestados sin previo aviso y consentimiento, y los Servicios no Auxiliares para necesidades médicas imprevistas o de urgencia que surjan en el momento en que se preste un servicio para el que se haya dado aviso y consentimiento, Usted no es responsable de las cantidades que excedan Su Copago, Participación del Plan o Deducible correspondientes, y un Médico Fuera de la Red no puede facturárselas, conforme a la Cantidad Reconocida según se define en este Resumen de Descripción del Plan.

- En el caso de los servicios de atención de la salud de Emergencia prestados por un proveedor Fuera de la Red, la cantidad permitida se basa en una de las siguientes, en el orden en que aparecen, según corresponda:
 - La tarifa de reembolso según lo determinado por un Modelo de Convenio para Todos los Pagadores del estado.
 - La tarifa de reembolso según lo determinado por la ley estatal.
 - El pago inicial realizado por el administrador de reclamos o la cantidad acordada posteriormente por el proveedor Fuera de la Red y el administrador de reclamos.
 - La cantidad determinada mediante una Resolución Independiente de Disputas (IDR).

AVISO IMPORTANTE: Usted no es responsable de las cantidades que excedan Su Copago, Participación del Plan o Deducible correspondientes, y un proveedor Fuera de la Red no puede facturárselas, conforme a la Cantidad Reconocida según se define en este Resumen de Descripción del Plan.

- En el caso del Transporte en Ambulancia aérea proporcionado por un proveedor Fuera de la Red, la cantidad permitida se basa en una de las siguientes, en el orden en que aparecen, según corresponda:
 - La tarifa de reembolso según lo determinado por un Modelo de Convenio para Todos los Pagadores del estado.
 - La tarifa de reembolso según lo determinado por la ley estatal.
 - El pago inicial realizado por el administrador de reclamos o la cantidad acordada posteriormente por el proveedor Fuera de la Red y el administrador de reclamos.
 - La cantidad determinada mediante una Resolución Independiente de Disputas (IDR).

AVISO IMPORTANTE: Usted no es responsable de las cantidades que excedan Su Copago, Participación del Plan o Deducible, y un proveedor Fuera de la Red no puede facturárselas, conforme a las tarifas que se habrían aplicado si el servicio hubiera sido prestado por un proveedor de la red y a la Cantidad Reconocida según se define en este Resumen de Descripción del Plan.

Después de que el Plan haya emitido el pago de servicios de atención de la salud cubiertos, es posible que se exija al Plan que pague al proveedor una cantidad adicional o un descuento para resolver el asunto de la facturación del saldo del proveedor y liquidarlo.

RED DE PROVEEDORES

La palabra “**Red**” se refiere a una organización que tiene contrato con diversos proveedores para prestar servicios de atención de la salud a las Personas Cubiertas a una Tarifa Negociada. Los proveedores que participan en una Red han acordado aceptar las Tarifas Negociadas como pago total, incluida cualquier parte de las tarifas que la Persona Cubierta deba pagar en concepto de Deducible, cantidades de Participación del Plan u otros gastos de desembolso personal. Los cargos permitidos usados en el cálculo del beneficio pagadero a los proveedores participantes se determinarán según las Tarifas Negociadas en el contrato de la red. Un proveedor que no participa en una Red puede facturar a las Personas Cubiertas cargos adicionales que excedan lo que paga el Plan.

Saber a qué Red pertenece un proveedor ayudará a una Persona Cubierta a determinar cuánto tendrá que pagar por ciertos servicios. Para obtener el máximo nivel de beneficios conforme a este Plan, las Personas Cubiertas deben recibir servicios de proveedores Dentro de la Red. Sin embargo, este Plan no limita el derecho de una Persona Cubierta a elegir su propio proveedor de atención médica si ésta se hace cargo de un gasto médico que no es un Gasto Cubierto en este Plan, o está sujeto a una limitación o exclusión.

Un proveedor puede firmar un convenio para prestar únicamente ciertos servicios de salud cubiertos, pero no todos, o ser un proveedor de la Red solo para algunos productos. En este caso, el proveedor será un proveedor de la Red para los servicios de salud cubiertos y los productos incluidos en el convenio de participación, y un proveedor fuera de la Red para otros productos y servicios de salud cubiertos. El estado de participación de los proveedores puede cambiar de vez en cuando.

Para averiguar a qué Red pertenece un proveedor, consulte el Directorio de Proveedores o llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación del Plan. El estado de participación de los proveedores puede cambiar de vez en cuando.

- Si un proveedor pertenece a una de las siguientes Redes, los reclamos por Gastos Cubiertos normalmente se procesarán de acuerdo con los niveles de beneficios **Dentro de la Red** que se indican en el Plan de Beneficios:

Select Colorado

- Por los servicios recibidos de cualquier otro proveedor, los reclamos por Gastos Cubiertos normalmente se procesarán de acuerdo con los niveles de beneficios **Fuera de la Red** que se indican en el Plan de Beneficios.

EXCEPCIONES A LOS BENEFICIOS DE LA RED DE PROVEEDORES

Además de los servicios que deben estar cubiertos según se especifica en la sección Protección contra la Facturación del Saldo de este Resumen de Descripción del Plan, es posible que algunos beneficios se procesen a los niveles de beneficios Dentro de la Red cuando los servicios sean prestados por proveedores Fuera de la Red. Cuando los cargos Fuera de la Red están cubiertos de acuerdo con los beneficios de la Red, los cargos podrían estar sujetos a limitaciones del Plan. Es posible que se apliquen las siguientes excepciones:

Usted recibe un tratamiento que es un Gasto Cubierto de un proveedor de la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y, como resultado de ese tratamiento, se incurre en un Gasto Cubierto por un servicio recibido de un proveedor que No es de la PPO. Esto incluye a los Médicos cuyo consultorio se encuentra en el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital que No es de la PPO; o

Usted no tiene acceso a un proveedor de la PPO dentro de un radio de 50 millas desde Su lugar de residencia. Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, según lo permitido por el Plan, no están incluidos en esta disposición.

Tenga en cuenta que, aunque los reclamos serán pagaderos al nivel de beneficios de la PPO, Usted será responsable de cualquier cantidad que supere el cargo habitual, usual y razonable, la tarifa negociada o la lista de cuotas.

Información sobre el Directorio de Proveedores

Cada Empleado cubierto, participante de COBRA y el Hijo o tutor del Hijo que se considere un beneficiario alternativo conforme a una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos recibirán automáticamente y sin costo un documento aparte, ya sea impreso o en formato electrónico, que enumera los proveedores de la Red participantes en este Plan. El Empleado debería compartir este documento con las demás personas cubiertas de su familia. Si un cónyuge o Dependiente cubierto quiere una lista de proveedores aparte, puede presentar una solicitud por escrito al Administrador del Plan. El Administrador del Plan puede establecer un costo razonable para cubrir el costo de la impresión de copias completas para el cónyuge u otros Dependientes cubiertos.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Usted o Sus Dependientes tienen la opción de solicitar atención prolongada de Su centro o proveedor de atención de la salud actual si este ya no trabaja con Su Plan de salud ni se considera Dentro de la Red. Los planes exclusivos para personas jubiladas no están sujetos a los requisitos de la Continuidad de la Atención.

El nivel de beneficios Dentro de la Red puede continuar hasta 90 días o hasta que Usted deje de cumplir con los criterios indicados más abajo, lo que ocurra primero, a pesar de que estos gastos ya no se consideren Dentro de la Red debido a la terminación del contrato del proveedor o del centro con la Red. Para ser elegible, Usted o Sus Dependientes deben haber estado, y deben continuar estando, bajo un plan de tratamiento con un proveedor o centro que era miembro de la Red participante. También debe ser uno de los siguientes:

- Una persona que se somete a un tratamiento por una condición grave y compleja que sea:
 - Una Enfermedad aguda, es decir, una condición lo suficientemente grave como para requerir atención médica especializada para evitar la posibilidad razonable de muerte o daño permanente.
 - Una Enfermedad crónica o condición potencialmente mortal, degenerativa, potencialmente discapacitante o congénita y requiera atención médica especializada durante un período prolongado.
- Una persona que se somete a atención Hospitalaria o institucional.
- Una persona que tiene programado recibir atención quirúrgica no electiva, incluida la atención posquirúrgica necesaria.
- Una persona que está embarazada y bajo tratamiento.
- Una persona que tiene una enfermedad terminal y recibe tratamiento para dicha enfermedad por un proveedor o centro.

Para obtener un formulario de Continuidad de la Atención que Usted y Su proveedor tendrán que llenar para que la solicitud sea considerada, llame al número que se encuentra en el reverso de Su tarjeta de Identificación o acceda al portal de beneficios.

BENEFICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

Este Plan proporciona cobertura para los siguientes beneficios cubiertos si los servicios son autorizados por un Médico u otro Proveedor Calificado, si corresponde, y son necesarios para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, sujetos a todos los límites, máximos, exclusiones u otras disposiciones del Plan que se indican en este Resumen de Descripción del Plan. El Plan no proporciona cobertura para servicios si la evidencia médica demuestra que no se espera que el tratamiento resuelva, mejore o establezca la condición de la Persona Cubierta, o si se ha alcanzado una meseta con respecto a la mejoría obtenida de dichos servicios.

Tampoco se considerará para los beneficios un cambio de diagnóstico por un beneficio cubierto después de una denegación de pago, a menos que el Plan reciba todos los registros pertinentes, junto con la solicitud de cambio, que justifican el diagnóstico modificado. Dichos registros deben incluir los antecedentes y la evaluación inicial, y deben reflejar los criterios enumerados en la versión más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases, ICD) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual, DSM) para el diagnóstico, o, si se encuentra en un país extranjero, deben cumplir con los criterios de diagnóstico establecidos y comúnmente reconocidos por la comunidad médica de esa región.

Importante: Es posible que se requiera autorización previa antes de que los beneficios se consideren para el pago. La falta de obtención de autorización previa puede tener como resultado un recargo o un aumento en los costos de desembolso personal. Consulte la sección UMR CARE de este Resumen de Descripción del Plan para ver una descripción de estos servicios y de los procedimientos de autorización previa.

1. **Abortos:** Si un Médico indica por escrito que la vida de la madre estaría en peligro si el embarazo llegara a término o si el embarazo es producto de incesto o violación.
2. **Adicción al Tabaco:** Visitas al consultorio de un profesional calificado y cargos relacionados por laboratorio/radiografías con el propósito de recetar productos para dejar de fumar. Los gastos de medicamentos de venta con receta relacionados serán pagaderos mediante la Tarjeta de Medicamentos de Venta con Receta del Plan.
3. **Administración de Casos Médicos Farmacológicos** (administración de medicamentos y cargos de laboratorio).
4. **Alimentación Enteral** que sea recetada por un Médico y administrada a través de una sonda, siempre y cuando sea la única fuente de nutrición o forme parte de un régimen de quimioterapia. Esto incluye los suministros relacionados con la alimentación enteral (por ejemplo, sondas de alimentación, bombas y otros materiales usados para administrar la alimentación enteral), siempre y cuando la alimentación sea recetada por un Médico y sea la única fuente de nutrición o forme parte de un régimen de quimioterapia.
5. **Análisis Genéticos o Asesoramiento Genético en relación con Análisis Genéticos** según la Necesidad por Razones Médicas.

Los análisis genéticos DEBEN cumplir con los siguientes requisitos:

El análisis no se debe considerar Experimental, de Investigación o No Comprobado. El análisis debe ser realizado por un laboratorio certificado por las Enmiendas para la Mejora de Laboratorios Clínicos (Clinical Laboratory Improvement Amendments, CLIA). El resultado del análisis debe incidir o influir directamente en el tratamiento de la enfermedad de la Persona Cubierta.

Los análisis genéticos también deben cumplir con al menos uno de los siguientes criterios:

- El paciente tiene signos o síntomas actuales (es decir, el examen se usa con fines de diagnóstico).
- Los procedimientos de diagnóstico convencionales no son concluyentes.
- El paciente tiene factores de riesgo o antecedentes familiares particulares que indican una causa genética.
- El paciente cumple con los criterios definidos que lo ponen en alto riesgo genético de sufrir la condición.

6. **Anestesia y Su Administración** para un Hijo Dependiente Cubierto, cuando sea necesario porque este:
- Tiene una condición física, mental o que representa un riesgo médico,
 - Tiene necesidades dentales para las cuales la anestesia local no es eficaz debido a una infección aguda, anomalías anatómicas o una alergia,
 - Es un Niño o adolescente muy poco colaborador, inmanejable, ansioso o poco comunicativo con necesidades dentales consideradas lo suficientemente importantes como para que la atención dental no se pueda posponer,
 - Ha sufrido traumatismos bucofaciales y dentales extensos,
 - El óxido nitroso solo se cubrirá para los Hijos Dependientes menores de seis años.

7. **Anticonceptivos y Asesoramiento:** Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), procedimientos de esterilización, educación y asesoramiento al paciente.

Los siguientes anticonceptivos se procesarán conforme al Plan médico:

- Inyecciones de anticonceptivos (como Depo-Provera) y su administración, independientemente de la finalidad.
 - Dispositivos anticonceptivos como DIU e implantes, incluida su inserción y extracción, independientemente de la finalidad.
8. **Apoyo, Suministros y Asesoramiento para la Lactancia** junto con cada parto. El Plan también cubre apoyo y asesoramiento integral para la lactancia, de parte de un proveedor capacitado, durante el embarazo y en el período posparto.
9. **Asesoramiento Nutricional:** pagadero como en el caso de cualquier otra enfermedad o lesión. El asesoramiento/la terapia nutricional solo se permite en las siguientes condiciones:
- VIH/SIDA
 - Cáncer
 - Prematuros
 - Diabetes
 - Trastorno de la conducta alimentaria
 - Hiperlipidemia
 - Hipertensión

El asesoramiento nutricional debe ser indicado por un Profesional Calificado y prestado por un nutricionista o dietista con licencia bajo la supervisión de un Profesional Calificado.

10. **Atención Preventiva/de Rutina** según se indica en el Plan de Beneficios.

Los beneficios de bienestar incluyen el tratamiento proporcionado como resultado de antecedentes familiares de una enfermedad específica. El Plan paga beneficios por los servicios de Atención Preventiva prestados a Pacientes Ambulatorios en un consultorio Médico, un Centro Alternativo o en un Hospital que demostraron ser, mediante evidencia clínica, seguros y eficaces en la detección temprana de enfermedades o en la prevención de enfermedades, comprobaron tener un efecto beneficioso en los resultados de salud e incluyen los siguientes según lo exige la ley vigente:

- Visitas de medicina preventiva (exámenes de bienestar). Para los Hijos Dependientes cubiertos, incluye exámenes para la escuela y para hacer deportes;
- Exámenes de la vista de rutina, incluidos los cargos de los exámenes de refracción. Si Usted eligió la cobertura de la Vista, los beneficios serán pagaderos por el beneficio de la Vista primero. Si se ha agotado Su beneficio de la vista, los cargos de un examen de la vista de rutina serán pagaderos a través del beneficio de Bienestar.
- Artículos o servicios basados en evidencia que tienen en vigencia una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Panel de Expertos en Servicios Preventivos de los Estados Unidos;
- Vacunas que tienen en vigencia una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
- Con respecto a los lactantes, niños y adolescentes, la Atención Preventiva y las pruebas de detección informadas en la evidencia y contempladas en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud; y

- La atención preventiva y pruebas de detección adicionales según se contemplan en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- Visitas de Atención Preventiva de control que realizan las mujeres para obtener los servicios preventivos recomendados acordes a su edad y desarrollo, incluida la atención antes de la concepción y la atención prenatal. Esta visita de control para mujeres, cuando corresponda, incluye los siguientes servicios preventivos adicionales que se indican en las pautas de la Administración de Recursos y Servicios de Salud, así como en otras mencionadas en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio:
 - Prueba de detección de la diabetes gestacional;
 - Prueba de ADN del virus del papiloma humano (human papillomavirus, HPV);
 - Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual;
 - Asesoramiento y prueba de detección del virus de inmunodeficiencia humana;
 - Evaluación y asesoramiento sobre la violencia interpersonal e intrafamiliar; y
 - Asesoramiento y análisis genéticos de cáncer de seno (breast cancer genetic test counseling, BRCA) para mujeres en alto riesgo.

Visite los siguientes enlaces para obtener más información:

<https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/>
<https://www.cuidadodesalud.gov/es/preventive-care-children/>
<https://www.cuidadodesalud.gov/es/preventive-care-women/>

11. **Centro de Atención de Urgencia** según se indica en el Plan de Beneficios de este Resumen de Descripción del Plan.
12. **Circuncisión** y gastos relacionados cuando la atención y el tratamiento cumplen con la definición de Necesidad por Razones Médicas. La circuncisión de los recién nacidos también está cubierta según lo indicado en los beneficios médicos por gastos de recién nacidos y de la sala de recién nacidos.
13. **Cirugía de Afaquia.**
14. **Cirugía de Cataratas**, así como los lentes intraoculares convencionales implantados quirúrgicamente después de dicho procedimiento. Los lentes intraoculares multifocales no son un Gasto Cubierto. Tienen cobertura los primeros lentes de contacto o anteojos después de una cirugía de cataratas, sujetos al máximo indicado en el Plan de Beneficios. También están cubiertas las refracciones de la vista y un par de lentes de contacto o anteojos (lentes con marco) después de una cirugía de cataratas.
15. **Cirugía Oral**, que incluye:

Escisión de dientes parcial o completamente impactados.

 - Escisión de tumores y quistes de los maxilares, las mejillas, los labios, la lengua y el paladar superior e inferior cuando tales condiciones requieran exámenes patológicos.
 - Procedimientos quirúrgicos requeridos para corregir lesiones accidentales de los maxilares, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar superior e inferior.
 - Reducción de fracturas y dislocaciones de la mandíbula.
 - Incisión externa y drenaje de celulitis.
 - Incisión de senos paranasales, glándulas o conductos salivales accesorios.
 - Escisión de exostosis de los maxilares y el paladar duro.

Los beneficios incluyen los cargos directamente relacionados por pruebas de laboratorio y radiografías. También están cubiertos los servicios hospitalarios o de centros de cirugía ambulatoria.
16. **Cirugía Ortognática, Prognática y Maxilofacial**, cuando sea Médicamente Necesaria.
17. **Cirugía Reconstructiva**, que incluye:
 - Cirugía después de una mastectomía conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA). En virtud de la WHCRA, la Persona Cubierta debe recibir beneficios relacionados con una mastectomía para poder recibir beneficios por tratamientos reconstructivos. Los Gastos Cubiertos son tratamientos reconstructivos que incluyen todas las etapas de la reconstrucción del seno en el que se

practicó la mastectomía, la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; las prótesis y las complicaciones de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

- Cirugía para restaurar funciones corporales que hayan sido afectadas por una anomalía o Enfermedad congénita, por un Accidente o por una infección u otra enfermedad de la parte comprometida.

18. **Clínicas de Salud sin Cita Previa en Tiendas de Venta al por Menor:** Cargos asociados con los servicios médicos que se prestan en Clínicas de Salud sin Cita Previa en Tiendas de Venta al por Menor.

19. **Cuidado de los Pies (Podiatría)** que recomienda un Médico como resultado de una infección. Los siguientes cargos por el cuidado de los pies también estarán cubiertos:

- Tratamiento de cualquier condición causada por pies débiles, deformados, planos, inestables o dispares, cuando se practica una cirugía.
- Tratamiento de callos, callosidades y uñas de los pies cuando se extrae al menos parte de la raíz de la uña o cuando es necesario para tratar una enfermedad metabólica o vascular periférica.
- Visita al consultorio médico por el diagnóstico de juanetes. El Plan también cubre el tratamiento de juanetes, cuando se practica una operación abierta o una artroscopia.

20. **Diálisis:** Cargos por el tratamiento de diálisis de la insuficiencia renal aguda o de la insuficiencia renal irreversible crónica para la eliminación de desechos del organismo, incluida la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. La cobertura también incluye el uso de equipos o suministros, a menos que estén cubiertos a través de la sección Beneficios de Medicamentos de Venta con Receta. Los cargos se pagarán igual que por cualquier otra Enfermedad.

21. **Dispositivos para Aumentar la Comunicación** y formación o terapia relacionada.

22. **Dispositivos y Aparatos Ortopédicos y Yesos**, incluido el examen para realizar la Receta y el ajuste necesarios, cuando se indiquen para favorecer la cicatrización, dar sostén a una extremidad o limitar el movimiento del sistema osteomuscular después de una Lesión. Estos dispositivos se pueden usar para una Lesión aguda o para prevenir Lesiones. Los dispositivos y aparatos ortopédicos incluyen órtesis de zapatos hechos a la medida, soportes, bragueros, medias de compresión elásticas y abrazaderas ortopédicas.

23. **Equipo Médico Duradero**, sujeto a todo lo siguiente:

- El equipo debe cumplir con la definición de Equipo Médico Duradero del Glosario de Términos. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, muletas, sillas de ruedas, camas de tipo Hospital y equipos de oxígeno.
- El equipo debe ser indicado por un Médico.
- El equipo se proporcionará en alquiler, cuando esté disponible; sin embargo, es posible que el Plan decida la compra de dicho equipo. Toda cantidad pagada para alquilar el equipo se aplicará al precio de compra. En ningún caso el costo del alquiler del Equipo Médico Duradero excederá el precio de compra del artículo.
- Alquiler o compra de equipo médico duradero cuando lo apruebe el plan (por ejemplo, silla de ruedas, cama de hospital). El equipo debe ser necesario para el tratamiento terapéutico y no estar destinado principalmente a fines higiénicos, de custodia o educativos. Debe poder resistir el uso reiterado. Se debe usar principal y normalmente con fines médicos. No debe ser de utilidad general para una persona, excepto para el tratamiento de una lesión o enfermedad. Los gastos de reparación están cubiertos para los equipos comprados. Los gastos de mantenimiento no están cubiertos. Los artículos para la comodidad personal, según lo determinado por el plan, no están cubiertos. A menos que el plan lo apruebe, los beneficios para el alquiler del equipo médico duradero no excederán el costo de compra del artículo.
- No se pagan beneficios por reparaciones posteriores del equipo ni de las baterías que sean necesarias para restablecer el funcionamiento del equipo.

24. **Esterilizaciones.**

25. **Estudios Clínicos que Califican**, según se definen a continuación, incluidos los costos de la atención de rutina del paciente Incurridos durante la participación en un Estudio Clínico que Califica para el tratamiento de:

- Cáncer u otra Enfermedad o Condición Potencialmente Mortal. A efectos de este beneficio, una Enfermedad o Condición Potencialmente Mortal es aquella de la cual existe la probabilidad de que cause la muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o condición.

Los beneficios incluyen los artículos y servicios razonables y necesarios usados para prevenir, diagnosticar y tratar complicaciones que surjan de la participación en un Estudio Clínico que Califica.

Hay beneficios disponibles únicamente cuando la Persona Cubierta cumple con los requisitos clínicos para participar en el Estudio Clínico que Califica según lo determine el investigador.

Los costos de la atención de rutina del paciente para Estudios Clínicos que Califican pueden incluir:

- Servicios de salud cubiertos (p. ej., cargos del Médico, pruebas de laboratorio, radiografías, honorarios profesionales, etc.) para los cuales generalmente se proporcionan beneficios en ausencia de un estudio clínico;
- Servicios de salud cubiertos requeridos únicamente para la administración del artículo o la prestación del servicio de Investigación, la supervisión clínicamente apropiada de los efectos del servicio o artículo, o la prevención de complicaciones; y
- Servicios de salud cubiertos requeridos para la atención razonable y necesaria que surja de la prestación de un servicio o artículo de Investigación.

Los costos de rutina para estudios clínicos no incluyen:

- El servicio o artículo Experimental o de Investigación, ya que generalmente se proporciona al paciente a través del estudio clínico.
- Artículos y servicios proporcionados únicamente para satisfacer necesidades de recopilación de datos y de análisis, y que no se usen en el manejo clínico directo del paciente;
- Un servicio que evidentemente no sea coherente con los estándares ampliamente aceptados y establecidos de atención para un diagnóstico en particular; y
- Artículos y servicios proporcionados sin cargo por los patrocinadores de la investigación a las personas inscritas en el estudio.

Con respecto al cáncer u otras Enfermedades o Condiciones Potencialmente Mortales, un Estudio Clínico que Califica es un Estudio Clínico de Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra Enfermedad o Condición Potencialmente Mortal y que cumple con alguno de los criterios que se enumeran a continuación.

- Estudios financiados por el gobierno federal. El estudio o la investigación cuenta con la aprobación o la financiación (que puede incluir la financiación a través de contribuciones en especie) de uno o más de los siguientes:
 - Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH), incluido el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, NCI);
 - Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC);
 - Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ);
 - Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS);
 - Un grupo cooperativo o centro de cualquiera de las entidades descritas arriba o del Departamento de Defensa (Department of Defense, DOD) o del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veterans Administration, VA);
 - Una entidad de investigación no gubernamental calificada e identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de la Salud para las subvenciones de apoyo a centros; o
 - El Departamento de Asuntos de los Veteranos, el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía, siempre y cuando el estudio o la investigación haya sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión por colegas que, según determina la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, debe cumplir con los dos criterios siguientes:
 - Es comparable al sistema de revisión por colegas de los estudios y las investigaciones que usan los Institutos Nacionales de la Salud; y

- Asegura una revisión imparcial de los más altos estándares científicos de parte de personas calificadas que no poseen ningún interés en el resultado de la revisión.
- El estudio o la investigación se realiza en forma de una solicitud de nuevo medicamento en proceso de Investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.;
- El estudio o la investigación es un estudio clínico que está exento de la presentación de dicha solicitud de nuevo medicamento en proceso de Investigación;
- El estudio clínico debe tener un protocolo escrito que describa un estudio científicamente convincente y que haya sido aprobado por todas las juntas de revisión institucional (*Institutional Review Boards, IRBs*) pertinentes antes de que los participantes se inscriban en el estudio. El Patrocinador del Plan puede solicitar documentación sobre el ensayo en cualquier momento; o
- El objeto o el propósito del estudio debe ser la evaluación de un artículo o servicio que cumpla con la definición de un servicio de salud cubierto y que no esté de alguna manera excluido por el Plan.

26. Estudios del Sueño.

27. Exámenes Previos a la Admisión, si son necesarios y coherentes con el diagnóstico y tratamiento de la condición por la cual la Persona Cubierta es admitida en el Hospital.

28. Exámenes y Tratamiento de la Fenilcetonuria (PKU) (Incluida la Comida). Los exámenes de la Fenilcetonuria (PKU) están cubiertos para prevenir el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves, o para promover el desarrollo o la función normal, como consecuencia de la deficiencia enzimática de la Fenilcetonuria. Los alimentos medicinales, a efectos de este beneficio, se refieren exclusivamente a las fórmulas metabólicas de venta con receta y a sus homólogas modulares, que se obtienen a través de una farmacia. Los alimentos medicinales se destinan y fabrican específicamente para el tratamiento de Trastornos Enzimáticos Hereditarios causados por Defectos de un Único Gen. La cobertura de los Trastornos Enzimáticos Hereditarios causados por Defectos de un Único Gen incluye, entre otras, las siguientes condiciones diagnosticadas: Fenilcetonuria, Fenilcetonuria Materna, Enfermedad de la Orina con Olor a Jarabe de Arce, Tirosinemia, Homocistinuria, Histidinemia, Trastornos del Ciclo de la Urea, Hiperlisenemia, Acidemias Glutáricas, Acidemia Metilmalónica y Acidemia Propiónica. La atención y el tratamiento cubiertos de dichas condiciones incluirán, en la medida en que sean Médicamente Necesarios, los alimentos medicinales para uso en el hogar que un Profesional Calificado haya recetado verbalmente, por escrito o por vía electrónica

Este beneficio para la Fenilcetonuria se puede recibir hasta los 21 años como máximo, excepto en el caso de las mujeres en edad fértil, que pueden recibirlo hasta los 35 años.

29. Fisioterapia. (Consulte Servicios de Terapia más abajo).

30. Fórmula para Bebés administrada a través de una sonda como única fuente de nutrición para la Persona Cubierta.

31. Gastos de Recién Nacidos y de la Sala de Recién Nacidos, Incluida la Circuncisión, están cubiertos para los siguientes Hijos del Empleado cubierto o cónyuge cubierto: Hijos naturales (biológicos) e Hijos recién nacidos adoptados o puestos en adopción en el momento del nacimiento.

32. Hormonas del Crecimiento.

33. Implantes Cocleares y Aparatos Auditivos Semiimplantables para Personas Cubiertas con limitaciones auditivas graves a las que no les sirve la amplificación convencional (aparatos auditivos). Se proporciona cobertura a las Personas Cubiertas de al menos 18 meses de vida, que tengan una grave pérdida sensorial de la audición en ambos oídos o a las Personas Cubiertas prelinguales con una mínima percepción del habla en la mejor condición con aparatos auditivos. Incluye los servicios que se necesitan para realizar la programación y la evaluación funcional del dispositivo coclear. Los beneficios serán pagaderos según los servicios recibidos.

34. **Labio Leporino y Paladar Hendido** se proporcionarán beneficios por la reconstrucción inicial y en etapas del labio leporino o paladar hendido. Dicha cobertura incluye la cirugía oral y los expansores del paladar antes del injerto que sean Medicamente Necesarios.
35. Los **Beneficios de Maternidad** para la Empleada Cubierta, su cónyuge y su hija dependiente incluyen:
- Habitación y comida en el Hospital o Centro de Maternidad.
 - Parto vaginal o Cesárea.
 - Atención prenatal que no sea de rutina.
 - Atención posnatal.
 - Exámenes de diagnóstico.
 - Operación abdominal por embarazo intrauterino o aborto espontáneo.
 - Centros de Maternidad para Pacientes Ambulatorias.
 - Parto en el hogar.
 - Parteras.
36. **Mamografías 3D**, para el diagnóstico y tratamiento de un beneficio médico cubierto o para exámenes preventivos, según lo descrito en Beneficios de Atención Preventiva/de Rutina.
37. **Medicamentos de Venta con Receta** que son administrados o surtidos como medicamentos para llevar al hogar como parte del tratamiento durante una estadía en el Hospital o un centro médico (incluidos los reclamos facturados en un formulario de reclamo de un centro de atención a largo plazo, un centro de vida asistida o un Centro de Enfermería Especializada), y que requieren la Receta de un Médico. La cobertura no incluye reclamos (recetas) en papel que se obtienen en una farmacia de venta al por menor, que están cubiertos por el beneficio de Medicamentos de Venta con Receta.
38. **Oxígeno y su Administración.**
39. **Paniclectomía**, si el Plan determina que es Medicamente Necesaria.
40. **Pelucas (Prótesis Capilares), Tupés y Peluquines** para la caída del cabello debido al tratamiento contra el cáncer.
41. **Programas de Rehabilitación Cardíaca**, están cubiertos cuando son Medicamente Necesarios, si son referidos por un Médico, para pacientes que tienen ciertas condiciones cardíacas.
- Los servicios cubiertos incluyen:
- Rehabilitación cardíaca de Fase I, mientras la Persona Cubierta es un Paciente Hospitalizado.
 - Rehabilitación cardíaca de Fase II, después de un infarto de miocardio o de un procedimiento de revascularización cardíaca, mientras la Persona Cubierta está en un programa de ejercicios de baja intensidad monitoreado para Pacientes Ambulatorios supervisado por un Médico. Los servicios generalmente se prestarán en un centro de rehabilitación Hospitalario e incluirán el monitoreo de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y los síntomas de la Persona Cubierta por parte de un profesional de salud. Este beneficio es una extensión del tratamiento recibido durante un episodio como Paciente Hospitalizado y debe comenzar dentro de los dos meses siguientes al alta del centro para condiciones agudas.
42. **Prótesis.** La compra inicial, el ajuste, la reparación y el reemplazo de prótesis (partes artificiales del cuerpo, como extremidades, ojos y laringe) que reemplazan partes del cuerpo. Los beneficios pueden ser pagaderos por reparaciones subsiguientes o reemplazo solo si es necesario:
- Debido al crecimiento o el desarrollo de un Hijo Dependiente; o
 - Debido a un cambio en la condición física de la Persona Cubierta; o
 - Debido al deterioro causado por el uso y desgaste normal.
- La reparación o el reemplazo también deben ser recomendados por el Médico tratante. En todos los casos, las reparaciones o el reemplazo debido al abuso o mal uso, según lo determinado por el Plan, no están cubiertos y el reemplazo está sujeto a la aprobación previa del Plan.
43. **Pruebas de Laboratorio o Patología y Cargos de Interpretación** por beneficios cubiertos. Los cargos de un patólogo por la interpretación de informes de pruebas de laboratorio automatizados generados por computadora no están cubiertos por el Plan.

44. **Radiología y Cargos de Interpretación.**
45. **Radioterapia y Quimioterapia** cuando sean Médicamente Necesarias.
46. **Reducción de Senos** si es Médicamente Necesaria.
47. **Refracciones de la Vista** si se relacionan con una condición médica cubierta.
48. **Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar** cuando sea Médicamente Necesaria debido a una Enfermedad o Lesión.
49. **Sacaleches** y suministros relacionados. Los Beneficios por sacaleches incluyen la opción de menor costo entre la compra o el alquiler de un sacaleches por embarazo en relación con el parto. Se permite la compra en cualquier momento y no tiene que ser dentro de los 30 días siguientes al nacimiento.
50. **Segunda Opinión Quirúrgica**, si es de un Especialista certificado por la Junta Médica en la especialidad de la medicina relacionada con el procedimiento quirúrgico propuesto. El Médico que da la segunda opinión no debe estar afiliado de ninguna manera con el Médico que dio la primera opinión.
51. **Servicios de Atención de Salud en el Hogar:** (Consulte la sección Beneficios de Atención de Salud en el Hogar de este Resumen de Descripción del Plan).
52. **Servicios de Audición**, que incluyen:
- Exámenes, pruebas, servicios y suministros para diagnosticar y tratar una condición médica.
 - Compra o ajuste de aparatos auditivos:
 - Para Dependientes cubiertos menores de 18 años. Los Gastos Cubiertos deben cumplir con los criterios de Necesidad por Razones Médicas. Su audiólogo con licencia o Profesional Calificado debe verificar la pérdida de la audición. Los beneficios están sujetos al Deducible y coaseguro según lo indicado en el Plan de Beneficios e incluyen lo siguiente:
 - El aparato auditivo inicial y los reemplazos una vez por cada período de cinco años calendario;
 - Un nuevo aparato auditivo cuando no sea posible adaptar el aparato auditivo existente para satisfacer adecuadamente las necesidades del Hijo Dependiente;
 - Servicios y suministros, que incluyen, entre otros, la evaluación inicial, el ajuste inicial y los posteriores, y la capacitación auditiva que se brinda conforme a los estándares profesionales aceptados.
 - Para Personas Cubiertas mayores de 18 años, se pagará según lo indicado en el Plan de Beneficios. El beneficio máximo incluye los gastos relacionados del ajuste y de la reparación del aparato auditivo.
 - Aparatos auditivos implantables, incluidos los aparatos auditivos semiimplantables.
53. **Servicios de Biorretroalimentación** cuando sean Médicamente Necesarios para el tratamiento de una condición médica. (Consulte la sección Beneficios de Salud Mental de este Resumen de Descripción del Plan para conocer los servicios de biorretroalimentación relacionados con el tratamiento de un Trastorno de Salud Mental).
54. **Servicios de Cuidados Paliativos:** El tratamiento administrado en un centro de Cuidados Paliativos debe ser en lugar de una estadía en un Hospital o un Centro de Atención Prolongada, y puede incluir:
- **Evaluación**, que incluye una evaluación de las necesidades médicas y sociales de la persona con una Enfermedad Terminal, y una descripción de la atención requerida para satisfacer esas necesidades.
 - **Atención para Pacientes Hospitalizados** en un centro cuando sea necesaria para el control del dolor y el manejo de otros síntomas agudos y crónicos, asesoramiento psicológico y sobre alimentación, fisioterapia o terapia ocupacional y Servicios de Atención de Salud en el Hogar a tiempo parcial.
 - **Atención para Pacientes Ambulatorios**, que presta o coordina otros servicios en relación con la Enfermedad Terminal, que incluyen los servicios de un Médico o un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional Calificado, o servicios de asesoramiento nutricional prestados por o bajo la supervisión de un dietista Calificado.

La Persona Cubierta debe tener una Enfermedad Terminal con una esperanza de vida prevista de aproximadamente seis meses. Sin embargo, los servicios no se limitan a un máximo de seis meses, si el Médico considera apropiado continuar con los Cuidados Paliativos, hasta el máximo de los beneficios de cuidados paliativos disponibles en el Plan.

Los cuidados paliativos se deben prestar en lugar de una internación cubierta en un hospital o asilo de convalecencia.

Solo en el caso de los Cuidados Paliativos, Sus familiares directos son Sus padres, cónyuge e Hijos Dependientes.

Los beneficios de Cuidados Paliativos no incluyen: Servicios de enfermería privados ni especiales; una Internación que no sea necesaria para el control del dolor ni el manejo de otros síntomas crónicos agudos; arreglos funerarios; ni asesoramiento legal ni financiero, ni siquiera la planificación del patrimonio ni la redacción de un testamento.

Los beneficios de Cuidados Paliativos no incluyen servicios de tareas domésticas ni de cuidador; servicios de niñera ni de compañía; limpieza ni mantenimiento del hogar; servicios prestados por voluntarios o personas que no cobran habitualmente por sus servicios; ni servicios prestados por un consejero pastoral con licencia a un integrante de su congregación.

55. **Servicios de Cirugía y del Cirujano Asistente.**

- Si se requiere un cirujano asistente, el cargo cubierto del cirujano asistente no excederá el 20% de la asignación por el procedimiento primario practicado. Para los proveedores dentro de la red, la cantidad permitida del cirujano asistente se determinará según el contrato de la red.
- Si un solo cirujano practica procedimientos quirúrgicos bilaterales o múltiples, los beneficios se determinarán según la asignación para el procedimiento primario; y un porcentaje de la asignación para los procedimientos subsiguientes. Si dos o más cirujanos practican varios procedimientos quirúrgicos no relacionados en campos quirúrgicos separados, los beneficios se basarán en la asignación para el procedimiento primario de cada cirujano. Si dos o más cirujanos practican un procedimiento que normalmente realiza un solo cirujano, los beneficios de todos los cirujanos no excederán la cantidad permitida para ese procedimiento.

56. **Servicios de Enfermería de Práctica Privada** cuando se necesita atención para Pacientes Ambulatorios y es Medicamente Necesaria. La cobertura no incluye los servicios de enfermería de práctica privada para Pacientes Hospitalizados.

57. **Servicios de Médicos** por beneficios cubiertos.

58. **Servicios de Médicos y Salas de Emergencias del Hospital**, incluidos los servicios de la sala de Emergencias para la estabilización o el inicio del tratamiento de una condición médica de Emergencia, prestados como Paciente Ambulatorio en un Hospital, según se indica en el Plan de Beneficios.

59. **Servicios de Terapia de la Vista** o suministros, cuando se consideren Medicamente Necesarios para condiciones específicas (incluida la ortóptica).

60. **Servicios de Terapia:** La terapia debe ser indicada por un Médico y proporcionada como parte del plan de tratamiento de la Persona Cubierta. Los servicios incluyen:

- **Terapia ocupacional** brindada por un terapeuta ocupacional (occupational therapist, OT) Calificado u otro Proveedor Calificado, si corresponde.
- **Fisioterapia** brindada por un fisioterapeuta (physical therapist, PT) Calificado u otro Proveedor Calificado, si corresponde.
- **Terapia respiratoria** brindada por un terapeuta respiratorio (respiratory therapist, RT) Calificado u otro Proveedor Calificado, si corresponde.
- **Terapia acuática** brindada por un fisioterapeuta (PT) Calificado, un terapeuta acuático (aquatic therapist, AT) Calificado u otro Proveedor Calificado, si corresponde.
- **Terapia del habla** necesaria para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del habla y del lenguaje que producen discapacidades de la comunicación, cuando la realiza un terapeuta del habla (speech therapist, ST) Calificado u otro Proveedor Calificado, si corresponde, incluida la terapia para el tratamiento de los trastornos del habla, el lenguaje, la voz, la comunicación y el procesamiento auditivo solo cuando el trastorno sea consecuencia de una Lesión, derrame cerebral, cáncer, Anomalía Congénita o Trastorno del Espectro Autista. La terapia del habla para el tartamudeo, el ceceo o el retraso del habla no está cubierta.

61. **Servicios de Trasplante.** (Consulte la sección Beneficios de Trasplante de este Resumen de Descripción del Plan).

62. **Servicios Dentales**, que incluyen:

- La atención y el tratamiento de dientes naturales y encías si se sufre una Lesión en un Accidente (que no sea al comer o masticar), o para el tratamiento del paladar hendido, incluidos los implantes. El tratamiento debe comenzar dentro de los seis meses y finalizar dentro de los 24 meses posteriores a la Lesión, excepto cuando haya condiciones médicas o dentales que impidan hacerlo dentro de ese plazo.
- La anestesia y los cargos relacionados del centro de tratamiento calificado para un Hijo Dependiente cubierto, cuando sean necesarios porque este:
 - tiene una condición física, mental o que representa un riesgo médico,
 - tiene necesidades dentales para las cuales la anestesia local no es eficaz debido a una infección aguda, anomalías anatómicas o una alergia; es un niño o adolescente muy poco colaborador, inmanejable, ansioso o poco comunicativo con necesidades dentales consideradas lo suficientemente importantes como para que la atención dental no se pueda posponer; ha sufrido traumatismos bucofaciales y dentales extensos. El óxido nítrico solo se cubrirá para los Hijos Dependientes menores de seis años.

63. **Servicios en un Centro de Atención Prolongada** para diagnósticos tanto de salud mental como física. Los cargos se pagarán conforme al código de diagnóstico correspondiente. Los siguientes servicios están cubiertos:

- Habitación y comida.
- Servicios, suministros y tratamientos varios prestados por un Centro de Atención Prolongada, incluida la rehabilitación para Pacientes Hospitalizados.

64. **Servicios Hospitalarios (Incluyen Servicios para Pacientes Hospitalizados, Centros Quirúrgicos y Centros de Maternidad para Pacientes Hospitalizadas).** Los siguientes servicios están cubiertos:

- Habitación semiprivada y comida. Para los cargos dentro de la red, esta tarifa se basa en el ajuste de precios de la red. Para los cargos fuera de la red, todo cargo que exceda el cargo de una habitación semiprivada será un Gasto Cubierto solamente si el Plan determina que es Medicamento Necesario. Si el Hospital no tiene habitaciones semiprivadas, el Plan permitirá la tarifa de la habitación privada, sujeta al Reembolso Razonable, a la cantidad permitida por la Protección contra la Facturación del Saldo, a los cargos Usuales y Habituales, o a la Tarifa Negociada, según corresponda.
- Habitación y comida en la unidad de cuidados intensivos.
- Servicios Auxiliares y Varios.
- Sangre, plasma y expansores de plasma, cuando no están disponibles sin cargo.
- Kits de admisión en el hospital.

La observación en una sala de Hospital se considerará un tratamiento para Pacientes Hospitalizados si la duración de la observación excede las 72 horas. Observación significa el uso de monitoreo, exámenes de diagnóstico, tratamiento y evaluación apropiados de los síntomas, signos, pruebas de laboratorio y respuesta del paciente al tratamiento con el fin de determinar si un paciente requerirá más tratamiento como Paciente Hospitalizado o puede ser dado de alta del Hospital.

65. **Servicios Hospitalarios (Pacientes Ambulatorios).**

La observación en una sala de Hospital se considerará tratamiento para Pacientes Ambulatorios si la duración de la observación es de 72 horas o menos. Observación significa el uso de monitoreo, exámenes de diagnóstico, tratamiento y evaluación apropiados de los síntomas, signos, pruebas de laboratorio y respuesta del paciente al tratamiento con el fin de determinar si un paciente requerirá más tratamiento como Paciente Hospitalizado o puede ser dado de alta del Hospital.

66. **Servicios Médicos o de Rutina Prestados en un País Extranjero**, excepto que no se proporciona cobertura si el único fin del viaje a ese país es obtener servicios o suministros médicos.

67. **Servicios para el Trastorno de la Articulación Temporomandibular (Temporomandibular Joint Disorder, TMJ)**, que incluyen:

- Servicios de diagnóstico.
- Tratamiento quirúrgico.
- Tratamiento no quirúrgico (incluye dispositivos intrabucales o cualquier otro método no quirúrgico para alterar la oclusión o la dimensión vertical).

La cobertura no incluye servicios de ortodoncia.

68. **Servicios para Trastornos por Consumo de Sustancias.** (Consulte la sección Trastornos por Consumo y Dependencia de Sustancias de este Resumen de Descripción del Plan).
69. **Telemedicina.** (Consulte la sección Servicios de Teladoc de este Resumen de Descripción del Plan para ver más detalles).
70. **Telesalud.** Consultas realizadas por el Médico tratante de una Persona Cubierta a otro Médico. Consultas hechas por una Persona Cubierta a un Médico.
71. **Terapia Acuática.** (Consulte Servicios de Terapia más abajo).
72. **Terapia del Habla.** (Consulte Servicios de Terapia más abajo).
73. **Terapia Ocupacional.** (Consulte Servicios de Terapia más abajo).
74. **Terapia Respiratoria.** (Consulte Servicios de Terapia más abajo).
75. **Transporte en Ambulancia:** Transporte terrestre y aéreo Médicamente Necesario en un vehículo designado, equipado y usado únicamente para transportar personas enfermas y lesionadas al Hospital médicamente apropiado más cercano. El Transporte en Ambulancia Médicamente Necesario no incluye, y este Plan no cubrirá, transporte que sea principalmente para la repatriación del paciente (p. ej., para regresarlo a los Estados Unidos) o para trasladarlo a otro centro, a menos que no haya atención médica apropiada disponible en el centro que actualmente está tratando al paciente y el transporte sea al centro más cercano capaz de prestar la atención médica apropiada.
76. **Trasplantes de Córnea:** Son pagaderos al porcentaje que se indica en “Todos los Demás Gastos Cubiertos” en el Plan de Beneficios.
77. **Trastornos del Sueño** si los servicios son Médicamente Necesarios.
78. **Tratamiento de Acupuntura.**
- Servicios profesionales de un Profesional Calificado o de un acupunturista/acupresurista certificado para brindar tratamiento de Acupuntura/Acupresión a fin de aliviar el dolor. Los diagnósticos elegibles incluyen:
- Dolor provocado por procedimientos quirúrgicos;
 - Dolor provocado por lesiones que incluyen distensiones o torceduras de músculos, ligamentos o tendones de cualquier parte del cuerpo.
- Los diagnósticos no elegibles incluyen, entre otros, los siguientes:
- Hepatitis;
 - Gripe;
 - Alergias;
 - Pérdida de peso;
 - Dejar de fumar;
 - Dolor interno; o
 - Cualquier otra enfermedad general.
79. **Tratamiento de Alergias,** incluidas las inyecciones y las gotas sublinguales, las pruebas y el suero.
80. **Tratamiento de la Diabetes:** Cargos Incurridos por el tratamiento de la diabetes y programas de educación para el autocontrol de la diabetes, zapatos para diabéticos y asesoramiento nutricional.

81. **Tratamiento de la Infertilidad** en la medida que sea necesario para tratar o corregir las causas subyacentes de la infertilidad, cuando dicho tratamiento sea Medicamento Necesario y cure la condición, alivie los síntomas, retrase el daño o mantenga el estado de salud actual de la Persona Cubierta. Una vez que el paciente esté recibiendo tratamiento de la fertilidad para lograr un embarazo, las pruebas de diagnóstico y los tratamientos se consideran parte del beneficio de infertilidad.

El Tratamiento de la Infertilidad no incluye análisis genéticos. (Para ver detalles, consulte la sección Exclusiones Generales).

82. **Tratamiento de Salud Mental.** (Consulte la sección Beneficios de Salud Mental de este Resumen de Descripción del Plan).

83. **Tratamiento de Trastornos del Espectro Autista (Autism Spectrum Disorder, ASD).**

El Tratamiento de Trastornos del Espectro Autista puede incluir cualquiera de los siguientes servicios: diagnóstico y evaluación; atención psicológica, psiquiátrica y farmacéutica (administración de medicamentos); terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia; o terapia de Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA).

El tratamiento está sujeto a todas las demás disposiciones del Plan según corresponda (como la cobertura de beneficios de Medicamentos de Venta con Receta, la cobertura de salud mental/conductual o la cobertura de servicios de terapia).

La cobertura no incluye servicios o tratamientos identificados en alguna otra parte del Plan como no cubiertos o excluidos (tales como los servicios Experimentales, de Investigación o No Comprobados, atención de custodia, suplementos dietéticos o nutricionales, servicios educativos o que se deberían prestar a través del distrito escolar).

84. **Tratamiento Quiropráctico** a cargo de un quiropráctico Calificado. El Plan también cubre servicios de diagnóstico mediante examen físico y placas radiográficas comunes, y cuando sean Medicamento Necesarios para tratamientos de condiciones reumáticas.

85. **Tratamiento, Servicios y Suministros para, o que lleven a, una Cirugía de Transición de Género.** Los beneficios serán pagaderos como en el caso de cualquier otra enfermedad o lesión. Los gastos de medicamentos de venta con receta relacionados serán pagaderos mediante la Tarjeta de Medicamentos de Venta con Receta del Plan.

SERVICIOS DE TELADOC

Nota: Los Servicios de Teladoc que se describen a continuación están sujetos a la disponibilidad en el estado. El acceso a consultas telefónicas o videoconsultas puede estar restringido en algunos estados.

Este Plan tiene un beneficio especial que permite a las Personas Cubiertas de todas las edades recibir consultas telefónicas o por video con Médicos para diagnósticos médicos primarios de rutina.

Teladoc se puede usar:

- Cuando se necesita atención de inmediato.
- Cuando considera la sala de Emergencias o un centro de Cuidado de Urgencia para asuntos que no son de Emergencia.
- Cuando está de vacaciones o en un viaje de negocios.

Teladoc puede proporcionar atención para los siguientes tipos de condiciones:

- Medicina general, que incluye, pero no se limita a:
 - Resfríos y gripe
 - Alergias
 - Bronquitis
 - Conjuntivitis
 - Infecciones de las vías respiratorias superiores
- Un resurtido de un Medicamento de Venta con Receta recurrente.
- Atención pediátrica.
- Asistencia médica que No es de Emergencia.

Para poder obtener este beneficio, una Persona Cubierta debe llenar un formulario de divulgación de historial médico que actuará como un registro médico electrónico para consultar a Médicos. Este formulario se puede llenar a través del sitio de Internet de Teladoc, a través del centro de atención telefónica o a través de la aplicación móvil de Teladoc. Una vez que una Persona Cubierta se inscriba, puede llamar por teléfono al 1-800-TELADOC (1-800-835-2362) y solicitar una consulta con un Médico. Un Médico luego le devolverá la llamada telefónica a la Persona Cubierta. Si una Persona Cubierta solicita una videoconsulta por Internet, se programará la consulta y se le enviará un recordatorio de cita antes de la hora programada. Si es necesario, el Médico extenderá una Receta. La Receta se enviará por teléfono a la farmacia que elija la Persona Cubierta. Los beneficios por este servicio se indican en el Plan de Beneficios.

Teladoc no garantiza que se obtendrá una Receta en todas las consultas. Los medicamentos se recetan a criterio del Médico según los síntomas informados en el momento de la consulta. Una Persona Cubierta tiene 72 horas después de la consulta para llamar a Teladoc si tiene alguna pregunta de aclaración. Un integrante del equipo clínico de Teladoc ayudará a la Persona Cubierta sin costo adicional durante este momento. Si una Persona Cubierta solicita otra consulta Médica, se le cobrará la tarifa de la consulta de Teladoc.

Teladoc no se puede usar para:

- Recetas de sustancias controladas por la Administración de Control de Drogas (Drug Enforcement Agency, DEA).
- Cargos por consultas telefónicas o en línea con un Médico u otros proveedores que no tienen contrato a través de Teladoc.
- Consultas en estados/jurisdicciones donde no está disponible debido a normas o interpretaciones que afectan el ejercicio de la telemedicina para condiciones médicas.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL HOGAR

Los Servicios de Atención de Salud en el Hogar se prestan cuando son Médicamente Necesarios, según lo determine la Organización de Revisión de Utilización.

Una Visita de Atención de Salud en el Hogar se define como una visita de una enfermera que presta servicios de enfermería intermitente (cada visita incluye 4 horas consecutivas en un período de 24 horas, si es Médicamente Necesario) o una sola visita de un terapeuta Calificado, un dietista Calificado u otro Proveedor Calificado, si corresponde.

La Atención de Salud en el Hogar se debe proporcionar en lugar de una Internación cubierta en un Hospital o Centro de Atención Prolongada.

La información sobre Enfermería de Práctica Privada se puede encontrar en otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.

Es posible que se requiera autorización previa antes de recibir los servicios. Consulte la sección UMR CARE de este Resumen de Descripción del Plan para ver más detalles. Los servicios cubiertos pueden incluir:

- Visitas en el hogar en vez de visitas al consultorio del proveedor, que no excedan el máximo permitido por este Plan.
- Servicios de enfermería intermitente. Se pagan beneficios solamente por una enfermera en un momento dado, sin exceder las 4 horas en un período de 24 horas.
- Asesoramiento nutricional brindado por o bajo la supervisión de un dietista Calificado u otro Proveedor Calificado, si corresponde.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, respiratoria y del habla brindada por o bajo la supervisión de un terapeuta Calificado u otro Proveedor Calificado, si corresponde.
- Suministros médicos, medicamentos, servicios de laboratorio o medicamentos recetados por un Médico.

EXCLUSIONES

Además de los ítems enumerados en la sección Exclusiones Generales, NO se proporcionarán beneficios por ninguno de los siguientes:

- Servicios de tareas domésticas.
- Artículos para adaptar el ambiente, tales como pasamanos, rampas, acondicionadores de aire y teléfonos.
- Servicios prestados por miembros de la familia o trabajadores voluntarios.
- Programa "Meals on Wheels" (Viandas a Domicilio) o servicio de comida similar.
- Cargos aparte por registros, informes o transporte.
- Gastos por las necesidades normales de la vida, tales como comida, ropa y suministros para el hogar.
- Servicios de asesoramiento legal y financiero, a menos que estén cubiertos de alguna manera por este Plan.

BENEFICIOS DE TRASPLANTE

Consulte la sección UMR CARE de este Resumen de Descripción del Plan para conocer los requisitos de autorización previa

El programa para Servicios de Trasplante en Centros de Trasplante Designados es:

Optum

Esta cobertura le ofrece una variedad de opciones para la atención de trasplante. El Plan proporciona incentivos para Usted y Sus Dependientes cubiertos al darles la opción de usar un Centro de Trasplante Designado. Mientras el Plan no le exija usar un Centro de Trasplante Designado para recibir beneficios, Usted puede recibir mejores beneficios si lo desea. Un Centro de Trasplante Designado es un centro que debe cumplir con numerosos criterios en las áreas de resultados de los pacientes, que incluyen la supervivencia de pacientes e injertos, la satisfacción del paciente, la experiencia del Médico y el programa, acreditaciones del programa y educación para pacientes y cuidadores.

DEFINICIONES

Los siguientes términos se usan específicamente para la sección Beneficios de Trasplante de este Resumen de Descripción del Plan. Consulte la sección Glosario de Términos de este Resumen de Descripción del Plan para ver definiciones adicionales.

Adquisición/Obtención de Órganos y Tejido. Búsqueda, preparación, transporte y almacenamiento de tejido y órganos humanos que se trasplantan a una Persona Cubierta. Esto incluye los gastos médicos relacionados de un donante vivo.

Centro de Trasplante Designado. Centro que ha acordado prestar Servicios de Trasplante Aprobados a Personas Cubiertas en conformidad con un convenio con una red de proveedores de trasplante o red de alquiler con la que el Plan tenga contrato.

Centro de Trasplante No Designado. Centro que no tiene un convenio con la red de proveedores de trasplante con la cual el Plan tiene un contrato. Esto puede incluir un centro que figura como un proveedor participante.

Servicios de Trasplante Aprobados. Servicios y suministros para trasplantes certificados cuando son indicados por un Médico. Dichos servicios incluyen, pero no se limitan a, cargos de Hospital, cargos del Médico, obtención de órganos y tejido, tipificación de tejido y Servicios Auxiliares.

Trasplante de Células Madre. Incluye el trasplante autólogo, alogénico e isogénico de médula ósea y de células madre periféricas y del cordón umbilical, y puede incluir terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (chimeric antigen receptor T-cell therapy, CAR-T).

BENEFICIOS

El Plan pagará los Gastos Cubiertos Incurridos por una Persona Cubierta en un Centro de Trasplante Designado o No Designado debido a una Enfermedad o Lesión, sujetos a todos los Deducibles, cantidades de Participación del Plan, máximos o límites que se indican en el Plan de Beneficios. Los beneficios se basan en el Reembolso Razonable, la cantidad permitida por la Protección contra la Facturación del Saldo, el cargo Usual y Habitual, o la Tarifa Negociada del Plan.

Es responsabilidad de la Persona Cubierta obtener la autorización previa para todos los servicios relacionados con un trasplante. Si no se obtiene autorización previa, es posible que los beneficios no sean pagaderos por dichos servicios. Los beneficios también pueden estar sujetos a niveles reducidos, según lo descrito en las disposiciones individuales del Plan. Los criterios médicos y de trasplante aprobados para dicho trasplante deben ser Médicamente Necesarios para la condición médica por la que se recomienda el trasplante. La condición médica no debe ser una exclusión individual del Plan.

GASTOS CUBIERTOS

El Plan pagará los Servicios de Trasplante Aprobados en un Centro de Trasplante Designado o No Designado para la Adquisición/Obtención y el trasplante de Órganos y Tejido, si una Persona Cubierta es la receptora.

Si una Persona Cubierta requiere un trasplante, incluido un Trasplante de Células Madre o de médula ósea, el costo de la Adquisición/Obtención de Órganos y Tejido de un ser humano vivo o de un donante cadavérico se incluirá como parte de los Gastos Cubiertos de la Persona Cubierta cuando el plan propio del donante no proporcione cobertura para la Adquisición/Obtención de Órganos y Tejido. La cobertura incluye el costo de los análisis, la tipificación de la sangre y la evaluación del donante para determinar si es compatible.

El Plan prestará servicios a los donantes que sufran complicaciones relacionadas durante el período de trasplante, según el contrato del trasplante, si el receptor es una Persona Cubierta por este Plan.

El Plan prestará servicios a los donantes en un Centro de Trasplante No Designado solo para la adquisición/obtención inicial, hasta el máximo que se indica en el Plan de Beneficios, si lo hay. Las complicaciones, los efectos secundarios o las lesiones no están cubiertos, a menos que el donante sea una Persona Cubierta.

Los beneficios son pagaderos por los siguientes tipos de trasplante:

- Riñón.
- Riñón-páncreas.
- Páncreas, si el trasplante cumple con los criterios determinados por la Administración de la Atención.
- Hígado.
- Corazón.
- Corazón-pulmón.
- Pulmón.
- Trasplante de médula ósea o Células Madre (allogénicas y autólogas), que puede incluir terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T) para ciertas condiciones.
- Intestino delgado.

Cuando tanto el receptor como el donante están cubiertos por este Plan, cada uno tiene derecho a beneficios.

Cuando solo el receptor está cubierto por el Plan, tanto el donante como el receptor tienen derecho a beneficios. Los beneficios del donante se limitan a los que no estén disponibles para el donante a través de ninguna otra fuente, que incluye, entre otras, cualquier cobertura de seguro o programa gubernamental. Los beneficios para el donante se pagan con la cobertura del plan del receptor.

Cuando solo el donante está cubierto por el Plan, el donante tiene derecho a beneficios. Los beneficios se limitan únicamente a los que no estén disponibles para el donante a través de ninguna otra fuente, que incluye, entre otras, cualquier cobertura de seguro o programa gubernamental. No se proporciona ningún beneficio al receptor no cubierto de un trasplante.

Si un órgano o tejido se vende en lugar de donarse, no se paga ningún beneficio por la compra o extracción de dicho órgano o tejido. Se cubren otros costos relacionados con la evaluación y la adquisición para un receptor que esté cubierto por este Plan.

SEGUNDA OPINIÓN

El Plan notificará a la Persona cubierta si se requiere una segunda opinión en cualquier momento durante el período de determinación de beneficios. Si el centro de trasplante deniega un procedimiento de trasplante a la Persona Cubierta, el Plan permitirá que ésta vaya a un segundo Centro de Trasplante Designado para una evaluación. Si el segundo centro determina, por cualquier motivo, que la Persona Cubierta no es un candidato aceptable para el procedimiento de trasplante, no se pagarán beneficios por más servicios o suministros relacionados con el trasplante, aunque un tercer Centro de Trasplante Designado acepte a la Persona Cubierta para el procedimiento.

EXCLUSIONES DE TRASPLANTE

Además de los ítems enumerados en la sección Exclusiones Generales de este Resumen de Descripción del Plan, NO se proporcionarán beneficios por ninguno de los siguientes:

- Gastos si una Persona Cubierta dona un órgano o tejido y el receptor no es una Persona Cubierta por este Plan.
- Gastos por la Adquisición/Obtención de Órganos y Tejido, y el almacenamiento de sangre de cordón umbilical, células madre o médula ósea, a menos que la Persona Cubierta haya sido diagnosticada con una condición para la que habría Servicios de Trasplante Aprobados.
- Gastos por cualquier complicación posterior al trasplante que sufra el donante, si este no es una Persona Cubierta por este Plan.
- Trasplantes que se consideren Experimentales, de Investigación o No Comprobados a menos que estén cubiertos por un Estudio Clínico que Califica.
- Trasplante de órganos sólidos, trasplante autólogo (médula ósea o células madre periféricas) o trasplante alogénico (médula ósea o células madre periféricas), para condiciones en las que no se consideran ser Medicamente Necesarios o apropiados, según National Comprehensive Cancer Network (NCCN) o las Pautas de Revisión de Trasplante.
- Gastos relacionados con, o para, la compra de cualquier órgano.

TARJETA DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Nota: UMR (el administrador de reclamos) no administra los beneficios ni los servicios descritos en esta disposición. Si tiene alguna pregunta relacionada con esta cobertura o estos servicios, comuníquese con el administrador de beneficios o con Su empresa.

En el sitio de Internet de la Tarjeta de Medicamentos, hay disponible un directorio de farmacias participantes. Para encontrar una farmacia participante, también puede llamar al número del Servicio al Cliente de la Tarjeta de Medicamentos, que aparece en Su tarjeta de identificación.

MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Su Tarjeta de Medicamentos proporciona cobertura para los Medicamentos de Venta con Receta más usados. Los Medicamentos de Venta con Receta son medicamentos que requieren una etiqueta que indique: "Caution: Federal law prohibits dispensing without a prescription" (Precaución: La ley federal prohíbe su suministro sin una receta). Para verificar la cobertura de un medicamento, Usted, Su farmacéutico o el médico que receta pueden comunicarse con el Servicio al Cliente de la Tarjeta de Medicamentos al número que se encuentra en Su tarjeta de identificación o en el sitio de Internet de la tarjeta. Si Usted no puede acceder al sitio Internet de la Tarjeta de Medicamentos, puede comunicarse con el Servicio al Cliente de la Tarjeta de Medicamentos para determinar si un medicamento está cubierto.

Cómo Usar la Tarjeta de Medicamentos de Venta con Receta

Presente la Tarjeta de Identificación y la receta en una farmacia participante. Luego, firme el comprobante de la farmacia y páguele el copago que se indica en el Plan de Beneficios.

Si no tiene Su Tarjeta de Identificación o si está en una farmacia no participante, es posible que deba pagar el medicamento de venta con receta y presentar un reclamo ante el Servicio al Cliente de la Tarjeta de Medicamentos. Los formularios de reclamo están disponibles en línea en el sitio de Internet de la Tarjeta de Medicamentos, o bien Usted puede solicitarlos a Su Empresa o al Servicio al Cliente de la Tarjeta de Medicamentos.

Servicio de Pedido por Correo de Medicamentos

Si Usted usa un medicamento de venta con receta permanentemente, puede comprarlo a través de la farmacia de servicio por correo de la Tarjeta de Medicamentos. La mayoría de los medicamentos cubiertos por la Tarjeta de Medicamentos también se pueden comprar a través del pedido por correo. El servicio de pedido por correo de medicamentos casi siempre se usa para comprar medicamentos que tratan una condición médica crónica y que se toman con regularidad.

El copago por los medicamentos de venta con receta pedidos por correo se indica en el Plan de Beneficios.

Las recetas para pedidos por correo se deben enviar a la farmacia de servicio por correo de la Tarjeta de Medicamentos. Los formularios de pedido están disponibles en el sitio de Internet de la Tarjeta de Medicamentos, o bien Usted puede solicitarlos al Servicio al Cliente de la Tarjeta de Medicamentos o a Su Empresa. Todos los medicamentos de venta con receta se enviarán por correo directamente a Su domicilio o a la dirección de entrega elegida.

Programa de Formulario

Este Plan usa un programa de Formulario para ayudar a reducir los costos de los medicamentos y garantizar la calidad. El Formulario es una lista de medicamentos de marca registrada preferidos. La lista de medicamentos de marca registrada preferidos está disponible en el sitio de Internet de la Tarjeta de Medicamentos, o bien Usted puede solicitarlos al Servicio al Cliente de la Tarjeta de Medicamentos. Cuando le receten medicamentos, proporcione el Formulario a Su profesional calificado. El Plan le recomienda usar el Formulario siempre que sea posible.

El uso del Formulario es voluntario. Sin embargo, los medicamentos que no están en el Formulario pueden tener copagos más altos o estar excluidos, según lo indicado en el Plan de Beneficios.

GASTOS CUBIERTOS	PAGADEROS AL	RESUMEN DE BENEFICIOS
<p>Tarjeta de Medicamentos de Venta con Receta Planes PPO</p>	<p>100% Después del Copago</p> <p>Nota: Los copagos por medicamentos de venta con receta se aplican al Límite de Gastos Médicos de Desembolso Personal de la PPO</p>	<p>Farmacias de Venta al por Menor Copago de \$20 por cada surtido/resurtido de medicamentos genéricos; Copago de \$40 por cada surtido/resurtido de medicamentos de marca registrada del Formulario; Copago de \$60 por cada producto de marca registrada fuera del Formulario. El copago se aplica a cada suministro de 30 días.</p> <p>Pedido por Correo Copago de \$40 por cada surtido/resurtido de medicamentos genéricos; Copago de \$80 por cada surtido/resurtido de medicamentos de marca registrada del Formulario; Copago de \$120 por cada producto de marca registrada fuera del Formulario. El copago se aplica a cada suministro de 90 días.</p> <p>Programa de Sustitución Genérica Si Usted recibe un medicamento de marca registrada cuando hay un sustituto genérico disponible, tendrá que pagar la diferencia entre el costo del medicamento de marca registrada y el costo del sustituto genérico, además del copago que corresponda.</p> <p>Programa de Terapia Escalonada con Medicamentos Genéricos Es posible que se apliquen disposiciones de terapia escalonada a determinadas categorías de medicamentos terapéuticos. El programa establece una jerarquía de medicamentos y exige a los miembros que prueben un medicamento genérico antes de optar por uno de marca registrada.</p> <p>Programa de Farmacias Especializadas Los medicamentos de farmacias especializadas se deben comprar a través del Programa de Farmacias Especializadas. El Plan médico permite un surtido de cortesía por única vez. Después de esta excepción por única vez, los medicamentos de farmacias especializadas se deben comprar a través del Programa de Farmacias Especializadas y no serán un Gasto Cubierto por el Plan médico. Para obtener detalles adicionales, llame a CEBT al (303) 773-1373 o al 1-800-332-1168.</p>

BENEFICIO DE APARATOS AUDITIVOS

Este Plan incluye un beneficio que permite a las Personas Cubiertas tener acceso a aparatos auditivos con descuento y pruebas y ajustes relacionados. Este beneficio es ofrecido conforme al Plan por UnitedHealthcare Hearing.

UnitedHealthcare Hearing proporciona una amplia gama de beneficios de salud de la audición que ofrecen valor, variedad y una experiencia positiva.

UnitedHealthcare Hearing ofrece:

- Aparatos auditivos de marca registrada y de marcas propias de fabricantes importantes a precios con descuento.
- Acceso a una red de profesionales de audición acreditados en más de 5,000 lugares de todo el país.
- Forma de pedido conveniente con aparatos auditivos disponibles en persona o a través del envío a domicilio.

Cómo Usar este Beneficio de Audición:

- Comuníquese con UnitedHealthcare Hearing al 1-855-523-9355, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., Hora de la Zona Central, o visite uhchearing.com para obtener más información sobre el proceso de pedido y para obtener una referencia al establecimiento de un proveedor de UnitedHealthcare Hearing (si es necesario un examen de audición).
- Reciba un examen de audición de parte de un proveedor de UnitedHealthcare Hearing. Durante la cita, Usted decidirá si quiere que los aparatos auditivos se ajusten en persona con Su proveedor de audición o si quiere que los aparatos auditivos se le envíen directamente a Su domicilio (solamente para determinados modelos de aparatos auditivos). Hay una amplia selección de aparatos auditivos de marca registrada y de marcas propias disponible.
- Si Usted decide comprar los aparatos auditivos a través del proveedor de UnitedHealthcare Hearing, el proveedor pedirá los aparatos auditivos y los recibirá directamente en su consultorio. El proveedor local le ajustará los aparatos auditivos. Si Usted elige el envío a domicilio, los aparatos auditivos se le enviarán directamente a Su domicilio dentro de los 5 a 10 días hábiles desde la fecha del pedido.

En caso de que tenga preguntas o quejas sobre los productos o servicios de aparatos auditivos ofrecidos por el Plan, comuníquese con UnitedHealthcare Hearing al 1-855-523-9355 o visite uhchearing.com.

BENEFICIOS DE SALUD MENTAL

El Plan pagará los siguientes Gastos Cubiertos por los servicios autorizados por un Médico que se consideren Médicamente Necesarios para el tratamiento de un Trastorno de Salud Mental, sujetos a los Deducibles; Copagos, si corresponden; cantidades de Participación del Plan; máximos o límites que se indican en el Plan de Beneficios de este Resumen de Descripción del Plan. Los beneficios se basan en el Reembolso Razonable, la cantidad permitida por la Protección contra la Facturación del Saldo, la cantidad Usual y Habitual, la lista de cuotas máximas o la Tarifa Negociada.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Servicios para Pacientes Hospitalizados. Servicios prestados en un Hospital o un centro acreditado por un organismo acreditado o con licencia emitida por el estado como centro psiquiátrico para condiciones agudas, dependencia de sustancias o diagnóstico doble para el tratamiento de Trastornos de Salud Mental. Si se encuentra fuera de los Estados Unidos, el Hospital o centro debe tener licencia o aprobación del gobierno extranjero o una acreditación del organismo emisor de licencias que trabaja en dicho país extranjero.

Tratamiento Residencial. Programa en un centro para condiciones subagudas que tiene licencia para brindar tratamiento "residencial" y presta servicios de evaluación y diagnóstico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, así como tratamiento de salud conductual activo para condiciones de salud mental. La cobertura no incluye centros ni programas donde los servicios terapéuticos no son el servicio principal que se presta (p. ej., escuelas con juntas terapéuticas, viviendas intermedias y viviendas grupales).

Tratamiento Diurno (Hospitalización Parcial). Programa de tratamiento diurno que ofrece servicios multidisciplinarios e intensivos que no se pueden ofrecer en un centro para Pacientes Ambulatorios. El programa de tratamiento generalmente consiste en un mínimo de 20 horas de programación distribuidas en un mínimo de cinco días a la semana. El programa está diseñado para tratar a los pacientes que tienen trastornos mentales o nerviosos graves y ofrece modalidades prevocacionales, psicosociales y de diagnóstico mayores. Dicho programa debe ser una alternativa menos restrictiva que un tratamiento como Paciente Hospitalizado.

Los **Servicios de Terapia para Pacientes Ambulatorios** están cubiertos. Los servicios deben ser prestados por un Proveedor Calificado.

BENEFICIOS Y DISPOSICIONES ADICIONALES

- No se considerará para los beneficios un cambio de diagnóstico después de una denegación de pago, a menos que el Plan reciba todos los registros pertinentes, junto con la solicitud de cambio, que justifican el diagnóstico modificado. Dichos registros deben incluir los antecedentes y la evaluación inicial, y deben reflejar los criterios enumerados en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana para el nuevo diagnóstico, o, si se encuentra en un país extranjero, deben cumplir con los criterios de diagnóstico establecidos y comúnmente reconocidos por la comunidad médica de esa región.
- Los servicios de biorretroalimentación están cubiertos.

EXCLUSIONES DE SALUD MENTAL

Además de los ítems enumerados en la sección Exclusiones Generales, NO se proporcionarán beneficios por ninguno de los siguientes:

- Cargos de Paciente Hospitalizado durante el período en que no se brindó tratamiento completo y activo Médicamente Necesario para la condición de la Persona Cubierta.
- Servicios prestados por un conflicto entre la Persona Cubierta y la sociedad que se relacione exclusivamente con una actividad delictiva.

- Condiciones incluidas en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana o la actualización más reciente del manual de Clasificación Internacional de Enfermedades - Modificación Clínica (International Classification of Diseases - Clinical Modification, ICD-CM) en las siguientes categorías:
 - Trastornos de la personalidad; o
 - Trastornos de la conducta y del control de impulsos; o
 - Códigos "Z" (incluida la terapia matrimonial).
- Tratamiento para la adicción a la nicotina.
- Tratamiento para el sobrepeso o la obesidad.
- Terapia o exámenes ordenados por un tribunal.

BENEFICIOS POR SERVICIOS PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

El Plan pagará los siguientes Gastos Cubiertos por una Persona Cubierta, sujetos a los Deducibles; Copagos, si corresponden, cantidades de Participación del Plan; máximos o límites que se indican en el Plan de Beneficios. Los beneficios se basan en el Reembolso Razonable, la cantidad permitida por la Protección contra la Facturación del Saldo, la cantidad Usual y Habitual, la lista de cuotas máximas o la Tarifa Negociada.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Servicios para Pacientes Hospitalizados. Servicios prestados en un Hospital o un centro acreditado por un organismo acreditado o con licencia emitida por el estado como centro psiquiátrico para condiciones agudas, dependencia de sustancias o diagnóstico doble para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias. Si se encuentra fuera de los Estados Unidos, el Hospital o centro debe tener licencia o aprobación del gobierno extranjero o una acreditación del organismo emisor de licencias que trabaja en dicho país extranjero.

Tratamiento Residencial. Programa en un centro para condiciones subagudas que tiene licencia para brindar tratamiento "residencial" y presta servicios de evaluación y diagnóstico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, así como tratamiento de salud conductual activo para trastornos relacionados con sustancias. La cobertura no incluye centros ni programas donde los servicios terapéuticos no son el servicio principal que se presta (p. ej., escuelas con juntas terapéuticas, viviendas intermedias y viviendas grupales).

Tratamiento Diurno (Hospitalización Parcial). Programa de tratamiento diurno que ofrece servicios multidisciplinarios e intensivos que no se pueden ofrecer en un centro para Pacientes Ambulatorios. El programa de tratamiento generalmente consiste en un mínimo de 20 horas de programación distribuidas en un mínimo de cinco días a la semana. Dicho programa debe ser una alternativa menos restrictiva que un tratamiento como Paciente Hospitalizado.

Los **Servicios de Terapia para Pacientes Ambulatorios** están cubiertos. Los servicios deben ser prestados por un Proveedor Calificado.

BENEFICIOS Y DISPOSICIONES ADICIONALES

- No se considerará para los beneficios ningún reclamo presentado nuevamente debido a un cambio en el diagnóstico después de una denegación de beneficios, a menos que el Plan reciba todos los registros, junto con la solicitud de cambio. Dichos registros deben incluir los antecedentes, la evaluación inicial y todas las notas de terapia o psicoterapia, y deben reflejar los criterios enumerados en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana para el nuevo diagnóstico.

EXCLUSIONES DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Además de los ítems enumerados en la sección Exclusiones Generales, NO se proporcionarán beneficios por los siguientes:

- Tratamiento o atención que el Plan considere inapropiados o subestándares.
- Cargos de Paciente Hospitalizado durante el período en que no se brindó tratamiento completo y activo Médicamente Necesario para la condición de la Persona Cubierta.
- Tratamiento para la adicción a la nicotina.
- Tratamiento para el sobrepeso o la obesidad.
- Terapia matrimonial.
- Terapia o exámenes ordenados por un tribunal.

UMR CARE: RELACIONES DE DEFENSORÍA CLÍNICA PARA EMPODERAR

Administración de la Utilización

La **Administración de la Utilización** es el proceso de evaluar si los servicios, suministros o tratamientos son Médicamente Necesarios y tienen el nivel de atención apropiado. La Administración de la Utilización puede determinar la Necesidad por Razones Médicas, acortar las hospitalizaciones, mejorar la calidad de la atención y reducir los costos para la Persona Cubierta y el Plan. Los procedimientos de Administración de la Utilización incluyen ciertos requisitos de Autorización Previa.

Las cantidades de beneficios pagaderas conforme al Plan de Beneficios de este Resumen de Descripción del Plan pueden verse afectadas si no se cumplen los requisitos descritos para la Administración de la Utilización. Las Personas Cubiertas son responsables de asegurarse de que el proveedor llame al número de teléfono que se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación del Plan para solicitar Autorización Previa al menos dos semanas antes de un procedimiento programado a fin de permitir la recopilación de datos y una revisión médica independiente, si fuera necesario.

Nota Especial: La Persona Cubierta no sufrirá ninguna consecuencia por no obtener Autorización Previa si una Persona Prudente, que posee conocimientos promedio de salud y medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata pondría en peligro la vida o la salud a largo plazo de la persona. Las Personas Cubiertas que hayan recibido atención en estas circunstancias son responsables de asegurarse de que el proveedor se comunique con la Organización de Revisión de Utilización (consulte más abajo) lo antes posible, por teléfono o fax dentro de las 24 horas o al siguiente día hábil si es un día festivo o de fin de semana, desde el momento en que se conoce la información sobre la cobertura. Si se da aviso después del plazo indicado anteriormente, se deben comunicar las circunstancias atenuantes. La Organización de Revisión de Utilización luego revisará los servicios prestados.

Este Plan cumple con la Ley de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido. No se requiere Autorización Previa para una estadía de 48 horas o menos después de un parto vaginal normal o de 96 horas o menos después de un parto por cesárea en un Hospital o un Centro de Maternidad. Es posible que se requiera Autorización Previa si la estadía excede las 48 horas después de un parto vaginal o las 96 horas después de un parto por cesárea.

ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

La Organización de Revisión de Utilización es: **UMR**

DEFINICIONES

Los siguientes términos se usan específicamente para la sección UMR CARE de este Resumen de Descripción del Plan. Consulte la sección Glosario de Términos de este Resumen de Descripción del Plan para ver definiciones adicionales.

Autorización Previa. Proceso que consiste en determinar la cobertura de beneficios antes de que se preste un servicio a un miembro individual. Se toma una determinación a partir de los criterios de Necesidad por Razones Médicas para los medicamentos, suministros, pruebas, procedimientos y otros servicios que son apropiados y eficientes en costo para el miembro. Esta revisión centrada en el miembro evalúa si los servicios solicitados son clínicamente apropiados en cuanto al tipo, la frecuencia, el alcance y la duración de la estadía.

Administración de la Utilización. Evaluación de la Necesidad por Razones Médicas, la idoneidad y la eficiencia del uso de servicios de atención de la salud, procedimientos y centros conforme a las disposiciones del Plan de beneficios de salud correspondiente. A veces, esta administración se llama “revisión de utilización”. Dicha evaluación se podría realizar de forma prospectiva (antes del tratamiento), simultánea (durante el tratamiento) o retrospectiva (después del tratamiento).

SERVICIOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Llame a la Organización de Revisión de Utilización **antes** de recibir servicios para lo siguiente:

- Estadías como Paciente Hospitalizado en Hospitales, Centros de Atención Prolongada o centros de tratamientos residencial.
- Trasplantes de órganos y tejidos.
- Atención de Salud en el Hogar.
- Equipo Médico Duradero, sin incluir abrazaderas ortopédicas ni órtesis, que cueste más de \$1,500 o alquiler de Equipo Médico Duradero que cueste más de \$500 por mes.
- Estudios Clínicos que Califican.
- Quimioterapia (diagnóstico de cáncer).
- Estadías como Paciente Hospitalizada en Hospitales o Centros de Maternidad que excedan las 48 horas después de partos vaginales normales o 96 horas después de partos por cesárea.
- Cirugías para pacientes ambulatorios que no se realizan en el consultorio de un Médico.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Terapia del habla (los miembros menores de 5 años no necesitan autorización previa).
- Terapia acuática: a partir de la primera visita.
- Cualquier medicamento inyectable o de infusión, y terapia de infusión en el hogar.
- Medicina Nuclear.
- Terapia de infusión en el hogar.
- Cuidados paliativos para pacientes hospitalizados.

Tenga en cuenta que, si una Persona Cubierta recibe Autorización Previa para un centro, pero luego es trasladada a otro, también se necesita Autorización Previa antes de ir al nuevo centro, excepto en el caso de una Emergencia (consulte la Notas Especiales más arriba).

El número de teléfono al que debe llamar para solicitar Autorización Previa se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan.

El hecho de que una Persona Cubierta reciba una Autorización Previa de la Organización de Revisión de Utilización no garantiza que este Plan pagará la atención médica. La Persona Cubierta debe ser elegible para la cobertura en la fecha en que se presten los servicios. La cobertura también está sujeta a todas las disposiciones descritas en este Resumen de Descripción del Plan, incluida la información adicional obtenida que no estuvo disponible en el momento de la Autorización Previa.

Supervisión del Director Médico. Un director médico de UMR CARE supervisa el proceso de revisión simultánea. Si un caso tiene circunstancias particulares que generan dudas al especialista de Administración de la Utilización que maneja el caso, el director médico revisará el caso para determinar la Necesidad por Razones Médicas mediante la aplicación de criterios clínicos basados en evidencia.

Referencias. Durante el proceso de revisión de Autorización Previa, los casos se analizan a partir de una serie de criterios usados para activar la administración caso por caso para revisión. Las oportunidades se identifican mediante listas de activación manuales y automatizadas integradas en el sistema, durante el proceso de revisión de Autorización Previa. Otros factores de activación incluyen los siguientes criterios: duración de la estadía, nivel de atención, readmisión y utilización, así como referencias de la empresa o autorreferencias.

Nuestra meta es intervenir en el proceso lo antes posible para determinar los recursos necesarios para prestar atención clínica en el centro más apropiado.

Revisión Retrospectiva. La revisión retrospectiva se realiza a solicitud y se emite una determinación dentro del plazo requerido de la solicitud, a menos que se apruebe una extensión. Las revisiones retrospectivas se realizan de acuerdo con nuestras normas y procedimientos estándar de Autorización Previa, y se tomará una determinación definitiva dentro de los 30 días posteriores a la solicitud de revisión.

Servicios Digitales

Las Personas Cubiertas en los programas de UMR CARE tendrán acceso al programa CARE, ofrecido por Vivify. Esta aplicación le brinda apoyo adicional cuando Usted trabaja con una enfermera de CARE. La enfermera le asigna un plan de CARE relacionado con Su condición en el que trabajarán juntos. Además, esta aplicación proporciona consejos de salud y bienestar, y conocimiento sobre Sus condiciones de salud.

Programa Complex Condition CARE (ATENCIÓN para Condiciones Complejas)

Complex Condition CARE está disponible para todas las Personas Cubiertas. Las enfermeras administradoras de CARE evalúan y coordinan las necesidades poshospitalarias de los miembros que tienen una probabilidad alta de una readmisión subsiguiente dentro de los 30 días. Los participantes son identificados según los factores del historial de reclamos y la información de admisión actual, que incluye, pero no se limita a:

- readmisión no planificada en los últimos 30 días o múltiples admisiones no planificadas en los últimos 6 meses.
- duración de la estadía.
- diagnósticos complejos o comorbilidades relacionadas con condiciones cardiovasculares, insuficiencia renal, condiciones o infecciones pulmonares, o cirugía hepática/pancreática/gastrointestinal.
- administración de casos catastróficos y complejos de trastornos por consumo de sustancias y salud conductual y apoyo a los miembros identificados que utilizan centros residenciales/de rehabilitación/para Pacientes Hospitalizados.

Programa Maternity CARE (ATENCIÓN de Maternidad)

Maternity CARE brinda educación previa al embarazo e identifica embarazos de alto riesgo para ayudar a las madres a que sus bebés nazcan a término. Este programa aumenta la cantidad de partos saludables a término y reduce el costo de las hospitalizaciones a largo plazo, tanto para la madre como para el bebé. Las enfermeras de CARE se comunican con los miembros del programa al menos una vez cada trimestre y una vez después del parto. Este programa también ofrece una llamada educativa y materiales específicamente para ayudar a la persona que apoya a la participante.

El programa de apoyo previo al embarazo de UMR ayuda a las mujeres a conocer los riesgos y tomar medidas para prevenir complicaciones médicas graves y costosas antes de que queden embarazadas. Las mujeres con condiciones de salud preexistentes, como diabetes y presión arterial alta, enfrentan riesgos no solo para sus bebés, sino también para sí mismas mientras están embarazadas.

Para autoinscribirse en el programa Maternity CARE, los miembros pueden llamar a nuestro número gratuito o visitar www.umr.com. Luego, las enfermeras de CARE, que tienen amplia formación clínica en obstetricia/ginecología, se comunicarán con ellas.

Los planes pueden optar por utilizar el incentivo estándar de UMR, que es una tarjeta de recompensas prepagada para cada miembro que se inscriba en el primer o segundo trimestre y participe activamente en el programa Maternity CARE.

NurseLine/Nurse Chat (Chat con una Enfermera)

NurseLine es una línea de información de salud que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y que ayuda a las Personas Cubiertas con preguntas e inquietudes médicas. NurseLine da a las Personas Cubiertas acceso a enfermeras registradas sumamente capacitadas para que puedan recibir orientación y apoyo a la hora de tomar decisiones sobre su salud o la salud de sus Dependientes.

Nurse Chat es un recurso en línea de información de salud y bienestar que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las Personas Cubiertas tienen acceso seguro y privado en tiempo real a enfermeras registradas a través de "Health Center" (Centro de Salud) en umr.com. Estas enfermeras proporcionan información sobre una variedad de temas de salud y bienestar. Nota: La evaluación y clasificación de necesidades médicas no forma parte de la experiencia del Nurse Chat. Si una Persona Cubierta necesita asistencia con la evaluación y clasificación de necesidades médicas, la Enfermera del Chat referirá a la Persona Cubierta a NurseLine.

SEGUNDA OPINIÓN

UMR puede determinar, a su criterio, la necesidad de obtener una segunda opinión. Los beneficios para la segunda opinión se pagarán al 100%, después del copago que corresponda. Usted puede consultar a un profesional calificado de Su elección. El profesional calificado no puede ejercer junto con el profesional que dio la opinión inicial y no puede realizar el procedimiento.

REVISIÓN DE FACTURAS DEL HOSPITAL

Usted debe revisar detenidamente Su factura del hospital, tanto para Pacientes Hospitalizados como para Pacientes Ambulatorios. Si encuentra errores como:

- Se facturó un tratamiento que no se recibió;
- Los cálculos son incorrectos;
- Se incluyeron medicamentos o suministros que no se recibieron;

Debe informarlos al proveedor del servicio y solicitar una factura detallada corregida. Luego, debe enviar copias de la factura original, con los errores marcados con un círculo, y de la factura corregida al administrador de reclamos para demostrar que el proveedor del servicio aceptó las correcciones. Si Usted tiene razón, recibirá una recompensa por el 50% de los errores de la factura, pero no más de \$2,500 por factura (la recompensa mínima es de \$25).

CENTROS DE EXCELENCIA

Programa Cancer Resource Services (CRS) (Servicios de Recursos sobre el Cáncer) de Optum

Cancer Resource Services (CRS) consiste en el acceso a la red de Centros de Excelencia (Centers of Excellence, COE) de Optum, mientras que UMR CARE proporciona opciones de tratamiento crítico y apoyo a los miembros a los que se les ha diagnosticado recientemente algún cáncer raro o complejo. Esto incluye acceso directo a enfermeras administradoras de CARE especializadas y con experiencia en oncología que ayudan a los miembros a entender sus diagnósticos y a tomar decisiones informadas sobre segundas opiniones, opciones de tratamiento (incluida la disponibilidad de ensayos clínicos) y centros de tratamiento preferidos.

Si una Persona Cubierta decide solicitar servicios en Roswell Park Cancer Institute, debe comunicarse con UMR CARE al 866-494-4502 o los servicios se considerarán fuera de la red.

Si una Persona Cubierta decide solicitar servicios en Huntsman Cancer Institute en University of Utah en Salt Lake City, debe comunicarse con UMR CARE al 866-494-4502 o los servicios se considerarán fuera de la red.

Programa Kidney Resource Services (KRS) (Servicios de Recursos Renales)

Kidney Resource Services (KRS) brinda acceso a una red de diálisis de proveedores preferidos y al apoyo de una Enfermera Administradora de UMR CARE al colaborar con la Persona Cubierta para retrasar el avance de la enfermedad a la insuficiencia renal.

Las enfermeras especializadas en Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) de UMR CARE se dedican al apoyo clínico y a los tratamientos.

Si una Persona Cubierta decide solicitar los servicios de un proveedor preferido de KRS, debe comunicarse con UMR CARE al 866-494-4502.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

La Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB) se aplica cada vez que una Persona Cubierta tenga cobertura de salud en más de un Plan, según se define a continuación. **Sin embargo, no se aplica a los beneficios de medicamentos de venta con receta.** El objetivo de la coordinación de beneficios es ayudar a las Personas Cubiertas a pagar los Gastos Cubiertos, pero sin que el total de beneficios sea mayor que los Gastos Cubiertos Incurridos.

Las reglas de orden para la determinación de beneficios determinan qué plan pagará primero (cuál es el Plan Primario). El Plan Primario paga sin importar la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. Un Plan Secundario paga Gastos Cubiertos después de que el Plan Primario haya procesado el reclamo, y reducirá los beneficios que pague de manera que el pago total entre el Plan Primario y el Plan Secundario no exceda los Gastos Cubiertos Incurridos. Entre los planes se puede pagar hasta el total del 100% de los cargos Incurridos.

El Plan coordinará los beneficios con los siguientes tipos de planes médicos o dentales:

- Planes de salud de grupo, ya sean asegurados o autoasegurados.
- Beneficios de indemnizaciones hospitalarias que excedan los \$200 por día.
- Pólizas de enfermedades específicas.
- Cobertura de cuidado de la salud en el extranjero.
- Componentes de atención médica de contratos de atención a largo plazo de grupo, como atención de enfermería especializada.
- Beneficios médicos de las pólizas de seguro automotor individuales o de grupo (incluidas las pólizas sin culpa). Consulte las reglas de orden para la determinación de beneficios (más abajo).
- Beneficios médicos de las pólizas de seguros para propietarios de viviendas.
- Medicare u otros beneficios del gobierno, según lo permita la ley, sin incluir Medicaid. Consulte más abajo.

Sin embargo, este Plan no coordina beneficios con planes dentales o de salud individuales.

Cada contrato de cobertura se considera un plan aparte. Si un plan tiene dos partes y las reglas de Coordinación de Beneficios se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un plan aparte. Si un plan proporciona beneficios en forma de servicios, en lugar de pagos en efectivo, el valor en efectivo razonable de cada servicio prestado se considerará un gasto permitido y un beneficio pagado.

Cuando este Plan sea Secundario, y no discrepe de un contrato de la red que exija lo contrario, los cargos cubiertos no incluirán ninguna cantidad que no sea pagadera por el plan primario como resultado de un contrato entre el plan primario y un proveedor de servicios, en el cual dicho proveedor acuerda aceptar un pago reducido y no facturar a la Persona Cubierta la diferencia entre la cantidad contratada del proveedor y el cargo que factura habitualmente el proveedor.

REGLAS DE ORDEN PARA LA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

La primera de las siguientes reglas que se aplique a la situación de una Persona Cubierta es la regla que se aplicará:

- El plan que no tiene ninguna disposición de coordinación de beneficios se considera primario.
- Cuando haya pagos médicos disponibles en un seguro automotor (incluidas las pólizas sin culpa), este Plan siempre se considerará secundario, independientemente de la elección de la persona en la cobertura de Protección de Lesiones Personales (Personal Injury Protection, PIP) de la compañía de seguro automotor.
- Si una persona está cubierta por un plan como dependiente y en otro plan como empleado, miembro o suscriptor, el plan que cubre a la persona como empleado, miembro o suscriptor (es decir, no como dependiente) se considera primario. Esto no se aplica a los participantes de COBRA. Consulte el ítem sobre la continuación de la cobertura más abajo. El Plan Primario debe pagar beneficios sin importar la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. Este Plan considerará a cualquier beneficiario del plan de empleados como elegible para los beneficios primarios del plan de beneficios de su empresa.

- El plan que cubre a la persona como dependiente generalmente es secundario. El plan que cubre a una persona como dependiente es primario únicamente cuando ambos planes aceptan que COBRA o la continuación de la cobertura estatal siempre debería pagar en segundo lugar cuando la persona que eligió COBRA no está cubierta por otro plan como dependiente. Consulte el ítem sobre la continuación de la cobertura más abajo. Además, consulte la sección sobre Medicare, a continuación, para conocer las excepciones.
- Cuando una persona está cubierta por el plan de su cónyuge y también por el plan de su padre o madre, el plan primario es el plan del cónyuge de la persona. El plan del padre o de la madre es el plan secundario.
- Si uno o más planes cubren a la misma persona como hijo dependiente:
 - El Plan Primario es el plan del padre cuyo cumpleaños ocurre primero en el año si:
 - Los padres están casados; o
 - Los padres no están separados (hayan o no estado casados alguna vez); o
 - Una sentencia judicial otorga custodia conjunta sin especificar que una parte tiene la responsabilidad de proporcionar cobertura de cuidado de la salud.

Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que ha cubierto al padre durante más tiempo será el plan primario.
 - Si las condiciones específicas de una sentencia judicial establecen que uno de los padres es responsable de los gastos de atención de la salud o de la cobertura de atención de la salud del hijo y el plan de ese padre tiene conocimiento real de dichas condiciones, ese plan es primario. Esta regla se aplica a los períodos de determinación de reclamos o años de plan que comiencen después de que se informa al plan sobre la sentencia judicial.
 - Si los padres no están casados y viven por separado, o están divorciados o legalmente separados (hayan o no estado casados alguna vez), el orden de beneficios es:
 - El plan del padre que tiene la custodia;
 - El plan del cónyuge del padre que tiene la custodia;
 - El plan del padre que no tiene la custodia; y luego
 - El plan del cónyuge del padre que no tiene la custodia.
- Empleado Activo o Inactivo: Si una persona está cubierta por un plan como empleado activo (o dependiente de un empleado activo) y también está cubierta por otro plan como empleado jubilado o despedido (o dependiente de un empleado jubilado o despedido), el plan que cubra a la persona como empleado activo (o dependiente de un empleado activo) será primario. Esta regla no se aplica si la regla del tercer párrafo (arriba) puede determinar el orden de beneficios. Si el otro plan no tiene esta regla, se ignora esta regla.
- Continuación de la Cobertura conforme a COBRA o a la Ley Estatal: Si una persona ha elegido la continuación de la cobertura conforme a COBRA o a la ley estatal y también tiene la cobertura de otro plan, la continuación de la cobertura es secundaria. Esto se aplica aunque la persona esté inscrita en otro plan como dependiente. Si los dos planes no coinciden en el orden de beneficios, se ignora esta regla. Si se aplica una de las primeras cuatro viñetas de arriba, no se aplica esta regla. (Consulte la excepción en la sección Medicare).

- Mayor o Menor Duración de la Cobertura: El plan que cubrió a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado por más tiempo es primario.
- Si un empleado activo está de licencia debido al servicio militar activo durante más de 30 días, el plan que cubre a la persona como empleado activo, miembro o suscriptor se considera primario.
- Si las reglas anteriores no determinan cuál es el Plan Primario, es posible que los Gastos Cubiertos se compartan en partes iguales entre los planes. Este Plan no pagará más de lo que hubiese pagado de haber sido el Plan primario.

MEDICARE

Si Usted o Su Cónyuge o Dependientes cubiertos también están recibiendo beneficios de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos de venta con Receta de Medicare, es posible que la ley federal exija que este Plan sea primario con respecto a Medicare. Cuando este Plan no sea primario, el Plan coordinará los beneficios con Medicare.

Las reglas de orden para la determinación de beneficios determinan qué plan pagará primero (es decir, cuál es el Plan Primario). El Plan Primario paga sin importar la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. Un Plan Secundario paga Gastos Cubiertos después de que el Plan Primario haya procesado el reclamo, y reducirá los beneficios que pague de manera que el pago total entre el Plan Primario y el Plan Secundario no exceda los Gastos Cubiertos Incurridos. Entre los planes se puede pagar hasta el total del 100% de los cargos Incurridos.

Cuando Medicare es primario con respecto a este Plan y una Persona Cubierta no haya elegido Medicare, para coordinar los beneficios este Plan usará un cálculo aproximado de lo que habría pagado Medicare.

REGLAS DE ORDEN PARA LA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS PARA MEDICARE

Este Plan cumple con las normas de Pagador Secundario de Medicare. Los siguientes son ejemplos de estas normas:

- Este Plan generalmente pagará primero en las siguientes circunstancias:
 - Usted sigue estando empleado activamente en la empresa y Usted o Su cónyuge cubierto adquiere elegibilidad para Medicare debido a la edad o una discapacidad y se inscribe en Medicare.
 - Usted sigue estando empleado activamente en la empresa, Su cónyuge cubierto adquiere elegibilidad para Medicare y se inscribe en Medicare y Su cónyuge también está cubierto por un plan para jubilados a través de la empresa para la que trabajaba. En este caso, este Plan paga primero por Usted y Su cónyuge cubierto, Medicare paga en segundo lugar y el plan para jubilados paga en último lugar.
 - En el caso de una Persona Cubierta con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), este Plan generalmente tiene la responsabilidad primaria de los reclamos de la Persona Cubierta durante 30 meses a partir de la fecha de adquisición de derecho a Medicare debido a la Enfermedad Renal en Etapa Terminal. El período de 30 meses también puede incluir la continuación de la cobertura de COBRA u otra fuente de cobertura. Al final del período de 30 meses, Medicare comienza a ser el pagador primario.
- Medicare generalmente pagará primero en las siguientes circunstancias:
 - Usted deja de estar empleado activamente en la empresa; y
 - Usted o Su cónyuge tienen la cobertura de Medicare debido a la edad y, además, Usted o Su cónyuge también tienen la continuación de la cobertura de COBRA a través del Plan; o
 - Usted o un miembro de Su familia cubierto tienen la cobertura de Medicare debido a una discapacidad y, además, Usted también tiene la continuación de la cobertura de COBRA a través del Plan. Medicare normalmente paga primero; sin embargo, es posible que COBRA pague primero por Personas Cubiertas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal hasta el fin del período de 30 meses; o

- Usted o Su cónyuge cubierto tienen la cobertura para jubilados, además de la cobertura de Medicare; o
 - Al cumplirse los 30 meses de la elegibilidad para Medicare de una persona con Enfermedad Renal en Etapa Terminal, Medicare comienza a ser el pagador primario. (Tenga en cuenta que, si una persona con Enfermedad Renal en Etapa Terminal era elegible para Medicare debido a su edad u otra discapacidad **antes** de ser diagnosticada con Enfermedad Renal en Etapa Terminal, y Medicare estaba pagando anteriormente como Plan Primario, la persona puede seguir recibiendo los beneficios de Medicare como Plan Primario).
- Medicare es el pagador secundario cuando el seguro sin culpa, la Compensación del Seguro Obrero o un seguro de responsabilidad civil está disponible como pagador primario.

TRICARE

Si un Empleado elegible está en el servicio militar activo, TRICARE es la única cobertura disponible para ese Empleado. Los beneficios no se coordinan con el plan de seguro de salud del Empleado.

En todos los casos en que un Empleado elegible también sea un beneficiario de TRICARE, TRICARE pagará como secundario a este Plan ofrecido por la empresa.

DERECHO A RECIBIR Y A DIVULGAR INFORMACIÓN NECESARIA

Se necesitan algunos datos de la cobertura y de los servicios de atención de la salud para aplicar estas reglas de Coordinación de Beneficios y para determinar los beneficios pagaderos por este Plan y otros planes. El Plan puede obtener la información que necesita de otras organizaciones o personas, o se la puede entregar a estas, con el fin de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos por este Plan y otros planes que cubren a la persona que reclama beneficios. El Plan no tiene la obligación de informar ni obtener el consentimiento de otra persona para hacer esto. Sin embargo, si el Plan necesita ayuda para obtener los datos necesarios, cada persona que reclama beneficios en este Plan debe proporcionar al Plan toda la información que necesita para aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

REEMBOLSO A ORGANIZACIONES EXTERNAS

Un pago realizado por otro plan puede incluir una cantidad que debería haber sido pagada por este Plan. En este caso, es posible que el Plan pague dicha cantidad a la organización que hizo ese pago. Por lo tanto, esa cantidad se tratará como si fuera un beneficio pagado por este Plan. El Plan no tendrá que pagar nuevamente esa cantidad.

DERECHO A RECUPERACIÓN

Si la cantidad de los pagos realizados por el Plan es mayor de lo que debería haber pagado según esta disposición de Coordinación de Beneficios, el Plan puede recuperar el exceso de una o más personas a quienes haya pagado o por las cuales haya pagado, o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios prestados a la Persona Cubierta.

DERECHO A SUBROGACIÓN, REEMBOLSO Y COMPENSACIÓN

El Plan tiene derecho a subrogación y reembolso. Las referencias a “Usted” o “Su” en esta sección “Derecho a Subrogación, Reembolso y Compensación” incluyen a Usted, Su patrimonio, Sus herederos y Sus beneficiarios, a menos que se indique lo contrario.

La subrogación se aplica cuando el Plan ha pagado beneficios en Su nombre por una Enfermedad o Lesión por la cual se presume responsable a un tercero. El derecho a subrogación significa que el Plan es sustituido en favor de, y sucederá a, todas y cada una de las demandas legales que Usted pueda tener derecho a iniciar contra un tercero por beneficios que el Plan haya pagado en relación con la Enfermedad o Lesión de la cual se considera responsable a un tercero.

El derecho a reembolso significa que, si se presume que un tercero causó o es responsable de una Enfermedad o Lesión por la cual Usted recibe una satisfacción de deuda, un fallo u otro resarcimiento de parte de un tercero, Usted debe usar esa cantidad cobrada para devolver completamente al Plan el 100% de cualquier Beneficio que Usted reciba. El derecho a reembolso se aplicará a los beneficios recibidos en cualquier momento hasta que los derechos se extingan, se resuelvan o se anulen por escrito.

Las siguientes personas y entidades se consideran terceros:

- Una persona o entidad que se presume sea la causa de que Usted sufra una Enfermedad, Lesión o daños, o que sea legalmente responsable de dicha Enfermedad, Lesión o dichos daños.
- Toda compañía de seguros u otro indemnificador de cualquier persona o entidad que se presume haya causado o que causó la Enfermedad, la Lesión o los daños.
- El Patrocinador del Plan en un caso de Compensación del Seguro Obrero u otro asunto de presunta responsabilidad civil.
- Toda persona o entidad que esté o pueda estar obligada a proporcionarle beneficios o pagos, incluidos los beneficios o pagos por protección para motoristas no asegurados o con seguro insuficiente, seguro automotor sin culpa o tradicional, cobertura de pagos médicos (automotor, de propietarios u otra), cobertura de la Compensación del Seguro Obrero, otras compañías de seguros o administradores externos.
- Toda persona o entidad contra la cual Usted pueda tener algún reclamo por negligencia profesional o legal que surja por una Enfermedad o Lesión, o en relación a esta, que Usted alegue o podría haber alegado que fue responsabilidad de un tercero.
- Toda persona o entidad que sea responsable de pagarle conforme a cualquier teoría legal o equitativa.

Usted acepta lo siguiente:

- Cooperar con el Plan para proteger los derechos legales y equitativos del Plan a subrogación y reembolso, de forma oportuna, lo que incluye, pero no se limita a:
 - Notificar al Plan, por escrito, toda posible demanda legal que Usted pueda tener contra un tercero por actos que hicieron que se paguen beneficios o que los beneficios sean pagaderos.
 - Proporcionar cualquier información pertinente que solicite el Plan.
 - Firmar o entregar los documentos que el Plan o nuestros agentes soliciten razonablemente para procurar el reclamo de subrogación y reembolso.
 - Responder a solicitudes de información sobre accidentes o Lesiones.
 - Comparecer ante los tribunales.
 - Obtener nuestro consentimiento o el de nuestros agentes antes de liberar a cualquier parte de la responsabilidad civil o el pago de gastos médicos.
 - Cumplir con las condiciones de esta sección.

Su falta de cooperación con el Plan se considera una violación del contrato. Como tal, el Plan tiene derecho a cancelar o denegar beneficios futuros, iniciar acciones legales en Su contra o compensar de cualquier beneficio futuro el valor de los beneficios que el Plan haya pagado con relación a cualquier Enfermedad o Lesión causada o presuntamente causada por un tercero, en la medida que el Plan no lo haya recuperado debido a que Usted o Su representante no cooperaron con el Plan. Si el Plan incurre en honorarios de abogados y costos para cobrar fondos de acuerdo de pago de un tercero retenidos por Usted o Su representante, el Plan tiene derecho a recuperar esos honorarios y costos de Su parte. Usted también tendrá la obligación de pagar intereses sobre las cantidades que retenga y que se deberían haber devuelto al Plan.

- El Plan tiene un derecho de primera prioridad para recibir el pago sobre cualquier demanda en contra de un tercero antes de que Usted reciba el pago de dicho tercero. Además, nuestro derecho a tener la primera prioridad de pago es superior a todos y cada uno de los reclamos, deudas o derechos de preferencia que alegue cualquier proveedor médico, que incluyen, entre otros, Hospitales o centros de tratamiento de Emergencia, que aleguen un derecho al pago de los fondos pagaderos o recuperados de un tercero presuntamente responsable o compañía de seguros.
- Los derechos de subrogación y reembolso del Plan se aplican a la satisfacción de deuda, fallos u otros resarcimientos, totales y parciales, pagados o pagaderos a Usted o Su representante, Su patrimonio, Sus herederos o Sus beneficiarios, sin importar cómo se titulen o describan dichas cantidades cobradas. Los pagos incluyen, pero no se limitan a, daños económicos, no económicos, monetarios, de consorcio, punitivos y cualquier otro presunto daño. El Plan no está obligado a ayudarle a iniciar una demanda por daños o Lesiones personales, y ninguno de los costos asociados, ni siquiera los honorarios de abogado, se deducirá de nuestra recuperación sin el consentimiento expreso y por escrito del Plan. Ninguna de las llamadas “doctrina de fondo” o “doctrina de fondo común” o “doctrina de fondo del abogado” anulará este derecho.
- Independientemente de que Usted haya recibido una remuneración total o haya sido resarcido, el Plan puede cobrarle las cantidades que Usted o Su representante legal hayan cobrado por cualquier recuperación total o parcial, ya sea en la forma de satisfacción de deuda (antes o después de cualquier determinación de responsabilidad) o fallo, sin importar cómo se titulen o describan dichas cantidades cobradas. Las cantidades que el Plan puede cobrar incluyen, entre otras, daños económicos, no económicos y punitivos. Nuestros derechos en materia de subrogación y reembolso no se verán limitados por la aplicación de la “regla de fuente colateral”, de la “doctrina de reparación integral” ni de la “doctrina de resarcimiento integral”, por ninguna demanda por enriquecimiento injusto ni por ninguna otra limitación equitativa.
- Los beneficios pagados por el Plan también pueden ser considerados beneficios adelantados.
- Si Usted recibe un pago de cualquier tercero como resultado de una Enfermedad o Lesión, y el Plan afirma que se le debe una parte o el total de esos fondos, Usted o Su representante deberán mantener esos fondos en fideicomiso, ya sea en una cuenta bancaria separada a Su nombre o en la cuenta de fideicomiso de Su representante.
- Al participar en el Plan y aceptar los beneficios del Plan, Usted acepta que:
 - Todas las cantidades recuperadas por Usted de cualquier tercero constituyen bienes del Plan (en la medida de la cantidad de beneficios del Plan proporcionados en nombre de la Persona Cubierta);
 - Usted y Su representante serán los fiduciarios del Plan con respecto a dichas cantidades; y
 - Usted será responsable de los costos y las tarifas (incluidos los honorarios razonables de abogados) Incurridos por el Plan para ejercer sus derechos de reembolso, y Usted acepta pagarlos.
- Los derechos de recuperación del Plan no se reducirán debido a Su propia presunta negligencia.
- Al participar en el Plan y aceptar los beneficios del Plan, Usted acepta ceder al Plan todo beneficio, reclamo o derecho de recuperación que Usted tenga conforme a cualquier póliza de seguro automotor (incluidos los beneficios del seguro sin culpa, beneficios del seguro de Protección de Lesiones Personales o beneficios de pagos médicos), conforme a otra cobertura o en contra de cualquier tercero, hasta el máximo de los beneficios que el Plan haya pagado por la Enfermedad o Lesión. Al aceptar hacer esta cesión a cambio de participar en los beneficios y de aceptarlos, Usted reconoce el derecho del Plan a reivindicar, hacer valer y recuperar dicho reclamo, independientemente de que Usted decida hacer valer o no el reclamo, y Usted acepta esta cesión voluntariamente.

- A solicitud del Plan, Usted cederá al Plan todos los derechos de recuperación en contra de terceros, en la medida de los Gastos Cubiertos que el Plan haya pagado por la Enfermedad o Lesión.
- El Plan puede, si lo desea, tomar las medidas necesarias y apropiadas para preservar los derechos del Plan conforme a estas disposiciones, que incluyen, pero no se limitan a, proporcionar o intercambiar información de pagos médicos con una compañía de seguros, el representante legal de la compañía de seguros u otro tercero; y entablar una demanda en Su nombre o en nombre de Su patrimonio, lo cual no obliga al Plan de ninguna manera a pagarle parte de cualquier recuperación que el Plan pudiera obtener.
- Usted no puede aceptar ninguna satisfacción de deuda que no reembolse totalmente al Plan sin la aprobación de este por escrito.
- El Plan tiene la autoridad y facultad discrecional para resolver todas las disputas con relación a la interpretación de lo dispuesto en el presente documento.
- En el caso de Su fallecimiento, lo cual origine alguna demanda por supervivencia o muerte por negligencia ajena, las disposiciones de esta sección se aplican a Su patrimonio, al representante personal de Su patrimonio y a Sus herederos o beneficiarios. En el caso de Su fallecimiento, el derecho de subrogación y el derecho de reembolso del Plan se aplicarán si se puede iniciar una demanda en Su nombre o en el de Su patrimonio, que puede incluir una demanda por daños o gastos médicos pasados. La obligación de reembolsar al Plan no se extingue por una liberación de demandas o convenio de satisfacción de deuda de ningún tipo.
- Ninguna asignación de dinero por daños, por satisfacción de deuda o cualquier otra recuperación que consiga Usted, Su patrimonio, el representante de Su patrimonio, Sus herederos, Sus beneficiarios o cualquier otra persona o parte, tendrá validez si no reembolsa al Plan el 100% de los intereses a menos que el Plan dé el consentimiento por escrito a dicha asignación.
- Las disposiciones de esta sección se aplican a los padres, tutores u otros representantes de un Hijo Dependiente que sufre una Enfermedad o Lesión causada por un tercero. Si un padre o tutor tiene la posibilidad de iniciar una demanda por daños que surjan de la Enfermedad o Lesión de un menor, las condiciones de esta cláusula de subrogación y reembolso se aplicarán a esa demanda.
- Si un tercero causa o se presume que haya causado que Usted sufra una Enfermedad o Lesión mientras está cubierto por este Plan, las disposiciones de esta sección se seguirán aplicando, incluso después de que Usted ya no esté cubierto.
- En caso de que Usted no acate las condiciones del Plan relativas al reembolso, el Plan puede cancelar los beneficios a Usted, Sus Dependientes o el suscriptor; denegar beneficios futuros; iniciar acciones legales en Su contra o compensar de cualquier beneficio futuro el valor de los beneficios que el Plan haya pagado con relación a cualquier Enfermedad o Lesión causada o presuntamente causada por un tercero en la medida que el Plan no lo haya recuperado debido a que Usted no acató las condiciones del Plan. Si el Plan incurre en honorarios de abogados y costos para cobrar fondos de acuerdo de pago de un tercero retenidos por Usted o Su representante, el Plan tiene derecho a recuperar esos honorarios y costos de Su parte. Usted también tendrá la obligación de pagar intereses sobre las cantidades que retenga y que se deberían haber devuelto al Plan.
- El Plan y todos los administradores que administran los términos y condiciones de los derechos de subrogación y reembolso del Plan tienen las facultades y obligaciones necesarias para cumplir con sus obligaciones y funciones, que incluyen el ejercicio de su facultad discrecional de (1) interpretar y hacer valer las condiciones de los derechos de subrogación y reembolso del Plan y (2) tomar determinaciones con respecto a las cantidades de subrogación y los reembolsos que se deben al Plan.

EXCLUSIONES GENERALES

Las exclusiones, incluidas las complicaciones por los artículos excluidos, no se consideran beneficios cubiertos por este Plan y no se considerarán para el pago según lo determinado por el Plan.

El Plan no paga gastos Incurridos por lo siguiente, a menos que se indique lo contrario a continuación. El Plan no aplica exclusiones al tratamiento que se indica en la sección Beneficios Médicos Cubiertos en función del origen de la Lesión cuando el Plan tenga información de que la Lesión se debe a una condición médica (incluidas las condiciones de salud tanto física como mental) o violencia intrafamiliar.

1. **Abdominoplastia.**
2. **Abortos**, a menos que estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
3. **Actividad Delictiva:** Enfermedad o Lesión que sea el resultado de participar en la perpetración de un ataque o una agresión (o un delito similar contra una persona) por el cual se impute a la persona, o un delito grave por el cual se impute a la persona.
4. **Actos de Guerra:** Lesión o Enfermedad causada por (o relacionada con) un conflicto armado internacional, actos hostiles de enemigos extranjeros, invasión, guerra o actos de guerra, ya sea declarada o no declarada.
5. **Adicción al Tabaco:** Diagnósticos, servicios, tratamientos o suministros relacionados con la adicción a, o la dependencia de, la nicotina, a menos que estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
6. **Admisiones en Fines de Semana** para Hospitalizaciones (admisiones después de las 3:00 p.m. de un viernes o antes del mediodía de un domingo), a menos que la admisión se considere una Emergencia o la atención se relacione con un embarazo que se espera que resulte en un parto.
7. **Alarma de Enuresis Nocturna** (mojar la cama).
8. **Análisis Genéticos o Asesoramiento Genético**, a menos que estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
9. **Antes de la Inscripción y Después de la Cancelación:** Los servicios prestados o los suministros o tratamientos proporcionados antes de que comience o después de que termine la cobertura de este Plan.
10. **Asesoramiento Financiero.**
11. **Asesoramiento Nutricional**, a menos que esté cubierto en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
12. **Asesoramiento y Productos Anticonceptivos**, a menos que estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
13. **Asistencia con las Actividades de la Vida Diaria.**
14. **Atención de Custodia**, según se define en el Glosario de Términos de este Resumen de Descripción del Plan.
15. **Atención No Profesional:** Atención médica o quirúrgica que no se practica de acuerdo con los estándares profesionales generalmente aceptados o que practica un proveedor que ejerce fuera del alcance de su licencia.
16. **Atención Prolongada:** Todo Servicio de un Centro de Atención Prolongada que exceda el nivel apropiado de pericia requerido para el tratamiento, según lo determinado por el Plan.
17. **Beneficio Máximo.** Cargos que excedan el Beneficio Máximo permitido por el Plan.

18. **Cargos de Habitación y Comida** cuando se realiza una cirugía en un lugar que no es un Hospital ni un Centro Quirúrgico.
19. **Cargos del Cirujano de Reserva**, a menos que realmente se realice la cirugía.
20. **Cargos Excedentes:** Cargos o parte de estos que excedan el Reembolso Razonable, la Cantidad Reconocida, el cargo Usual y Habitual, la Tarifa Negociada o la lista de cuotas. Esta exclusión no se aplica a los pagos que exija la Ley sin Sorpresas.
21. **Cargos Incurridos fuera de los Estados Unidos** si Usted viajó a dicho lugar para obtener el servicio, medicamento o suministro.
22. **Cargos por Servicios Fuera del Horario de Atención** en relación con un servicio prestado durante el horario de atención normal del proveedor.
23. **Cargos y Servicios Duplicados, o Facturación Inapropiada**, incluida la preparación de informes médicos y facturas detalladas.
24. **Cirugía Reconstructiva** cuando se practique únicamente para lograr un aspecto normal o casi normal, y no para corregir una limitación o condición médica subyacente, según lo determinado por el Plan, a menos que esté cubierta en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
25. **Cirugías Erróneas:** Atención o costos adicionales relacionados con cirugías erróneas. Las cirugías erróneas incluyen, pero no se limitan a, una cirugía practicada en la parte incorrecta del cuerpo, una cirugía practicada en la persona incorrecta, objetos dejados dentro del paciente después de una cirugía, etc.
26. **Cita Perdida:** Cita a la que no asistió la Persona Cubierta.
27. **Clases de Lamaze** u otras clases de preparación para el parto.
28. **Cobertura Adicional de Seguro Automotor:** Enfermedad o Lesión corporal para las cuales hay cobertura de gastos o pagos médicos proporcionados o pagaderos por cualquier cobertura de seguro automotor.
29. **Comodidad Personal:** Servicios o suministros para la comodidad o conveniencia personal, que incluyen, pero no se limitan a, habitaciones privadas, televisores, teléfonos y bandejas para visitas.
30. **Compensación del Seguro Obrero:** Enfermedad o Lesión que surja de o en el transcurso de cualquier empleo remunerado o lucrativo, sin incluir el trabajo autónomo, por el cual la Persona Cubierta tuvo derecho a beneficios conforme a cualquier Ley de Compensación del Seguro Obrero, Ley de Seguro de Compensación para Trabajadores Marítimos y Portuarios de los Estados Unidos u otra legislación, póliza o contrato en relación con enfermedades ocupacionales, independientemente de que dicha póliza o contrato esté en vigencia realmente. Si Usted es un Empleado con un segundo trabajo o si está cubierto como Dependiente en este Plan y es un empleado autónomo o está empleado por una empresa que no proporciona beneficios de salud, es posible que Sus reclamos no estén cubiertos por el plan de salud. Usted tendrá que tener otros beneficios médicos que cubran Su atención médica en caso de que se lesione en el trabajo. En la mayoría de los casos, el seguro de la Compensación del Seguro Obrero cubrirá Sus costos, pero si Usted no tiene dicha cobertura, es posible que termine sin tener ninguna cobertura.
31. **Consultas Farmacéuticas.** Cargos por o en relación con información obtenida en consulta con un farmacéutico sobre una Receta, que incluye, pero no se limita a, información relacionada con instrucciones de dosificación, interacciones medicamentosas, efectos secundarios y cuestiones similares.
32. **Control de Peso:** Tratamiento, servicios o cirugía para el control del peso, estén o no indicados por un Médico o relacionados con una Enfermedad, excepto según lo que se indica específicamente para el asesoramiento preventivo.
33. **Cuidado de Alivio.**
34. **Cuidado de la Vista**, a menos que esté cubierto en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.

35. **Cuidado de los Pies (Podiatría):** Cuidado de los pies de rutina.
36. **Cuidado Paliativo de los Pies.**
37. **Descompresión Axial Vertebral (Vertebral Axial Decompression, VAX-D).**
38. **Discapacidad del Aprendizaje:** Tratamiento no médico, que incluye, pero no se limita a, educación especial, lectura correctiva, exámenes del sistema escolar y otro tipo de tratamiento de habilitación (como las terapias)/rehabilitación para una Discapacidad del Aprendizaje. Si durante las pruebas de diagnóstico se identifica otra condición médica, la cobertura de dicha condición estará sujeta a las disposiciones del Plan.
39. **Dispositivos Ambientales:** Artículos ambientales que incluyen, pero no se limitan a, acondicionadores de aire, purificadores de aire, humidificadores, deshumidificadores, filtros de calderas, calefactores, vaporizadores y aspiradoras.
40. **Educación:** Cargos por educación, educación especial, capacitación laboral, musicoterapia y terapia recreativa, independientemente de que se administren o no en un centro que brinde atención médica o psiquiátrica. Esta exclusión no se aplica a los programas de educación para el autocontrol de la diabetes.
41. **Entrenamiento Atlético.**
42. **Exámenes de Salud o Vacunas y Exámenes de Rutina;** cirugía preventiva, excepto cuando esté indicada debido a que el análisis del gen del cáncer de seno (BRCA) dio positivo; o exámenes de terceros, que incluyen, entre otros, pruebas o exámenes prematrimoniales; exámenes indicados o solicitados por un tribunal; exámenes físicos de rutina con fines ocupacionales, laborales o escolares, o para la compra de un seguro; a menos que se indique específicamente como Gasto Cubierto.
43. **Exámenes:** Exámenes con fines de empleo, seguro, licencia o litigio.
44. **Experimentales, de Investigación o No Comprobados:** Servicios, suministros, medicamentos, tratamientos, centros o equipos que el Plan determine que son Experimentales, de Investigación o No Comprobados, incluidos los servicios administrativos relacionados con los tratamientos Experimentales, de Investigación o No Comprobados. Esta exclusión no se aplica a los Estudios Clínicos que Califican, según lo descrito en la sección Beneficios Médicos Cubiertos de este Resumen de Descripción del Plan.
45. **Fórmula para Bebés** no administrada a través de una sonda como única fuente de nutrición para la Persona Cubierta.
46. **Función Sexual:** Servicios de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, y Medicamentos de Venta con Receta (a menos que estén cubiertos conforme a la sección Beneficios de Medicamentos de Venta con Receta de este Resumen de Descripción del Plan) en relación con el tratamiento de la impotencia masculina o femenina.
47. **Gastos de Recién Nacidos y de la Sala de Recién Nacidos** para los nietos de un Empleado cubierto o de Su cónyuge.
48. **Ginecomastia:** Cualquier tratamiento para la ginecomastia (aumento del tejido mamario en los hombres).
49. **Hiperhidrosis:** Cualquier tratamiento para la hiperhidrosis (sudoración excesiva).
50. **Impuestos:** Impuestos sobre las ventas y cargos de envío y manipulación, a menos que estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
51. **Lentes Intraoculares, que No Sean Lentes Intraoculares Convencionales para Cataratas.**
52. **Liposucción,** a menos que esté cubierta en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
53. **Mamoplastia o Aumento de Senos,** a menos que esos servicios estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.

54. **Mecanoterapia** u otros tipos de terapia de movilización pasiva, a menos que estén específicamente aprobadas por el Plan.
55. **Medicamento de Venta con Receta Recetado por un Médico:** Una Persona Cubierta que obtenga medicamentos en una farmacia con una Receta extendida por escrito por un Médico debe consultar la sección Beneficios de Medicamentos de Venta con Receta de este Resumen de Descripción del Plan para conocer la cobertura.
56. **Medicamentos, Productos, Suministros o Dispositivos de Venta sin Receta,** a menos estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
57. **Medicamentos,** que incluyen:
- Parches, medicamentos biológicos y medicamentos anticonceptivos. Los beneficios podrán estar disponibles a través de la Tarjeta de Medicamentos de Venta con Receta;
 - Medicamentos, suplementos alimenticios o nutricionales, o suministros médicos o de otro tipo que **están disponibles sin la receta por escrito** de un profesional calificado (**de venta sin receta [over the counter, OTC]**). Se cubrirán los artículos de venta sin receta específicamente indicados en este plan como Gastos Cubiertos. Cuando los artículos de venta sin receta se proporcionan como parte necesaria de un gasto cubierto incurrido en el consultorio de un profesional calificado, un hospital u otro centro, estarán cubiertos. Esta exclusión no se aplica en la medida en que alguno de estos artículos sea la única fuente de alimentación disponible; o
 - Cargos por **medicamentos de venta con receta**, a menos que se proporcionen durante una visita cubierta al consultorio de un profesional calificado o una Hospitalización cubierta, y no estén excluidos conforme a ninguna otra disposición de este Plan. Tenga en cuenta que, si Su medicamento de venta con receta está excluido por la Tarjeta de Medicamentos de Venta con Receta, no es elegible para un reembolso a través del Plan médico.
58. **Militar:** Lesión o Enfermedad relacionada con el servicio militar sufrida por una Persona Cubierta que está en el servicio militar activo, a menos que el pago se exija legalmente.
59. **Modificaciones del Hogar:** Modificaciones a Su hogar o propiedad, que incluyen, pero no se limitan a: escaleras mecánicas, ascensores, saunas, baños de vapor, piscinas, bañeras o piscinas de hidromasaje, equipo para broncearse, elevadores de sillas de ruedas, elevadores para escaleras o rampas.
60. **No Medicamento Necesarios:** Servicios, suministros, tratamientos, centros o equipos que el Plan determine que no son Medicamento Necesarios. Además, este Plan excluye servicios, suministros, tratamientos, centros o equipos que la evidencia científica confiable haya demostrado que no curan la condición, retrasan la degeneración/el deterioro o el daño atribuible a la condición, alivian los síntomas de la condición ni mantienen el estado de salud actual de la Persona Cubierta.
61. **Obesidad Mórbida:** Cualquier tratamiento de la obesidad u obesidad mórbida, que incluye, entre otros, la cirugía (p. ej., engrapado gástrico, globo intragástrico, *bypass* intestinal o estomacal o lipectomía por succión). Las visitas al consultorio de un profesional calificado y las pruebas de laboratorio asociadas con el diagnóstico de una condición médica subyacente relacionada con la obesidad serán un Gasto Cubierto.
62. **Pelucas (Prótesis Capilares), Tupés o Peluquines, Trasplante o Implantes Capilares o Entretejidos,** o cualquier artículo similar para reemplazar el cabello, independientemente de la causa de la caída del cabello, a menos que estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
63. **Planificación Familiar:** Consulta para la planificación familiar.
64. **Plantillas Ortopédicas No Hechas a Medida.**
65. **Por Orden Judicial:** Todo tratamiento o terapia que ordene un tribunal, o que se ordene como condición de libertad condicional o evaluación para conceder una custodia o hacer visitas, a menos que dicho tratamiento o terapia normalmente esté cubierto por este Plan. Este Plan no cubre el costo de las clases ordenadas después de una condena por conducir en estado de ebriedad u otras clases ordenadas por un tribunal.

66. **Programas de Acondicionamiento Físico:** Programas de acondicionamiento físico general, programas de ejercicios y suscripciones a gimnasios u otra utilización de servicios, suministros, equipos o centros relacionados con el control del peso o el fisiculturismo.
67. **Reclamos** recibidos más de 12 meses después de la fecha del servicio.
68. **Regreso al Trabajo o a la Escuela:** Consultas telefónicas o por Internet o llenado de formularios de reclamo o formularios necesarios para regresar al trabajo o a la escuela.
69. **Rehabilitación Cardíaca** después de la Fase II, incluida la actividad física autorregulada que la Persona Cubierta realice para mantener la salud y que no se considere un programa de tratamiento.
70. **Retrasos del Desarrollo:** Cargos médicos y servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla relacionados con Retrasos del Desarrollo, discapacidad intelectual o terapia conductual.
71. **Reversión de Esterilización:** Procedimientos o tratamientos para revertir una esterilización voluntaria anterior, a menos que estén cubiertos por el Plan en relación con el Tratamiento de la Infertilidad.
72. **Sacaleches**, a menos que estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
73. **Sangre:** Gastos de donantes de sangre.
74. **Servicio o Suministro Proporcionado para Tratar cualquier Lesión o Enfermedad relacionada con el Servicio Militar (anterior o actual) si Usted se encuentra en un Hospital o Centro que es propiedad del Gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias, o que es operado por estos.**
75. **Servicios Autoadministrados** o procedimientos que la Persona Cubierta puede hacer sin la presencia de supervisión médica.
76. **Servicios de Atención Preventiva/de Rutina**, a menos que estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
77. **Servicios de Maternidad Subrogada y Portadora Gestacional**, incluidos los servicios prestados o suministros proporcionados en relación con una madre sustituta únicamente si no es una Persona Cubierta por este Plan, sin incluir los cargos del embarazo y la maternidad Incurridos por una Empleada cubierta o cónyuge cubierta que actúa como madre sustituta.
78. **Servicios de un Cirujano Asistente, Cocirujano o Equipo Quirúrgico**, a menos que el Plan determine que son Médicamente Necesarios.
79. **Servicios Dentales**, a menos que estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
80. **Servicios Prestados por un Pariente Cercano.** Consulte la definición de Pariente Cercano en la sección Glosario de Términos de este Resumen de Descripción del Plan.
81. **Servicios Prestados por una Escuela.**
82. **Servicios sin Cargo o Costo:** Servicios que la Persona Cubierta no estaría obligada a pagar en ausencia de este Plan o que están disponibles para la Persona Cubierta sin costo, o que el Plan no tiene obligación legal de pagar, excepto la atención brindada en un centro de los servicios uniformados según el Título 32 del Código de Defensa Nacional, o según lo exigido por la ley.
83. **Servicios Vocacionales:** Servicios vocacionales y educativos prestados principalmente con fines de capacitación o educación. Este Plan también excluye el reacondicionamiento físico para el trabajo, la adaptación laboral y los servicios de rehabilitación industrial prestados para programas de reintegro al trabajo o de educación para la prevención de Lesiones.
84. **Subrogación.** Cargos por una Enfermedad o Lesión sufrida por una Persona Cubierta debido a la acción o negligencia de un tercero si la Persona Cubierta no proporciona información según lo especificado en la sección Derecho a Subrogación, Reembolso y Compensación. Para obtener más información, consulte la sección Derecho a Subrogación, Reembolso y Compensación.

85. **Suplementos Nutricionales, Alimentación Enteral, Vitaminas y Electrolitos**, a menos que estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
86. **Tensiómetros**, a menos que estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
87. **Terapia de Masaje.**
88. **Terapia Matrimonial.**
89. **Terapia Sexual.**
90. **Transporte:** Servicios de transporte que sean exclusivamente para la conveniencia de la Persona Cubierta, del Pariente Cercano de la Persona Cubierta o del Médico de la Persona Cubierta.
91. **Tratamiento Complementario/Alternativo**, incluido el tratamiento, los servicios o los suministros para medicina holística u homeopática, hipnosis u otro tratamiento alternativo que no sea una práctica médica aceptada, según lo determinado por el Plan.

92. Tratamiento de la Infertilidad:

- Pruebas de fertilidad.
- Reversión quirúrgica de un estado de esterilidad causado por una cirugía previa.
- Intentos directos de estimulación del embarazo por cualquier medio, que incluyen, pero no se limitan a, terapia hormonal o medicamentos.
- Inseminación artificial, fertilización in vitro, transferencia intratubárica de gametos (gamete intrafallopian transfer, GIFT) o transferencia intratubárica de cigotos (zygote intrafallopian transfer, ZIFT).
- Transferencia de embriones.
- Congelamiento o almacenamiento de embriones, óvulos o espermatozoides.
- Análisis genéticos.

Esta exclusión no se aplica a los servicios requeridos para tratar o corregir las causas subyacentes de la infertilidad, cuando dichos servicios curen la condición, retrasen el daño, alivien los síntomas o mantengan el estado de salud actual de la Persona Cubierta.

93. **Tratamiento Estético, Cirugía Estética**, o cualquier parte de estos, a menos que el procedimiento se indique de alguna otra manera como beneficio cubierto.
94. **Tratamiento para Mejorar el Estilo de Vida de una Persona** sin tratar una Enfermedad ni una Lesión.
95. **Viajes:** Costos de viaje, a menos que estén cubiertos en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.
96. **Vitaminas, Minerales y Suplementos**, aunque sean recetados por un Médico, excepto las inyecciones de Vitamina B-12 y el tratamiento con hierro intravenoso que sean recetados o indicados por un Médico con fines Médicamente Necesarios.

El Plan no limita el derecho de una Persona Cubierta a elegir su propia atención médica. Si un gasto médico no es un beneficio cubierto o si está sujeto a una limitación o exclusión, una Persona Cubierta sigue teniendo el derecho y privilegio de recibir dicho servicio o suministro médico, y los gastos correrán por su cuenta.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMO Y APELACIÓN

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMO RAZONABLES Y SISTEMÁTICOS

Los procedimientos de reclamo del Plan están diseñados para asegurar y verificar que las determinaciones de reclamos se tomen de acuerdo con los documentos del Plan. Las disposiciones del Plan se aplicarán sistemáticamente con respecto a personas en situación similar.

Predeterminación

Una Predeterminación es una determinación de beneficios tomada por el administrador de reclamos, en nombre del Plan, antes de que se presten los servicios. Aunque el Plan no exija Predeterminaciones, una Persona Cubierta o un proveedor pueden solicitar voluntariamente una Predeterminación. Una Predeterminación informa a las personas si, y en qué circunstancias, un procedimiento o servicio generalmente es un beneficio cubierto por el Plan. Una Persona Cubierta o un proveedor podrían querer solicitar una Predeterminación antes de Incurrir en gastos médicos. Una Predeterminación no es un reclamo y, por lo tanto, no se puede apelar. Una Predeterminación de que un procedimiento o servicio podrían estar cubiertos por el Plan no garantiza que el Plan a fin de cuentas pagará el reclamo. Para determinar si un reclamo es pagadero o no conforme al Plan, se aplicarán todos los términos y condiciones del Plan.

TIPO DE RECLAMOS Y DEFINICIONES

Después de recibir una solicitud de revisión de utilización o un comprobante de la pérdida por escrito, el Plan le notificará la decisión sobre Su reclamo y emitirá el pago, si corresponde, de la siguiente forma

- **Atención de Urgencia:** Dentro de las 24 horas o lo antes posible si Su condición requiere un plazo más corto. Si se necesita más información para tomar una decisión sobre el reclamo, el Plan le notificará la información específica necesaria dentro de las 24 horas. Luego, Usted tendrá 48 horas a partir de que reciba el aviso para proporcionar la información solicitada. Dentro de las 48 horas después de recibir la información adicional, el Plan comunicará su decisión sobre el reclamo. Si Usted no proporciona la información solicitada por el Plan, este le comunicará su decisión sobre el reclamo dentro de las 48 horas después de que termine el período que Usted tenía para proporcionar la información.

Si Usted no sigue el procedimiento del Plan para presentar un reclamo previo al servicio, el Plan se lo notificará dentro de las 24 horas después de recibir la solicitud de autorización previa. El aviso incluirá el motivo por el que no se aceptó la solicitud y el procedimiento adecuado para obtener la autorización previa.

- **Atención Simultánea:** Antes de que termine cualquier tratamiento autorizado previamente, si se interrumpen los beneficios antes del período o de la cantidad de tratamientos autorizados. El aviso debe darle tiempo para presentar una apelación y recibir una decisión sobre esta antes de que se interrumpa el beneficio. Esto no se aplicará si el beneficio se interrumpe debido a una enmienda al Plan o a la cancelación de este.

Las solicitudes de extensión de un tratamiento autorizado previamente que incluya Atención de Urgencia se deben responder dentro de las 24 horas o lo antes posible si Su condición requiere un plazo más corto. Estas solicitudes se deben presentar al menos 24 horas antes de que termine el tratamiento autorizado.

- **Reclamos Previos al Servicio:** Dentro de los 15 días después de recibir un reclamo que no sea de Atención de Urgencia. El Plan puede extender este período por 15 días si a Usted, antes de que termine el período inicial, se le notifica que es necesario extenderlo. La extensión tiene que deberse a circunstancias ajenas al control del Plan. Si la extensión se debe a que se necesita información adicional, el Plan le notificará la información específica necesaria. Luego, Usted tendrá 45 días a partir de que reciba el aviso para proporcionar la información solicitada.

Si Usted no sigue el procedimiento del Plan para presentar un reclamo previo al servicio que no sea de Atención de Urgencia, el Plan se lo notificará dentro de los cinco días después de recibir la solicitud de autorización previa. El aviso incluirá el motivo por el que no se aceptó la solicitud y el procedimiento adecuado para obtener la autorización previa.

- **Reclamos Posteriores al Servicio:** Dentro de los 30 días después de recibir el reclamo. El Plan puede extender este período por 15 días si a *usted*, antes de que termine el período inicial, se le notifica que es necesario extenderlo. La extensión tiene que deberse a circunstancias ajenas al control del Plan. Si la extensión se debe a que se necesita información adicional, el Plan le notificará la información específica necesaria. Luego, Usted tendrá 45 días a partir de que reciba el aviso para proporcionar la información solicitada.

En caso de una determinación adversa de beneficios de un reclamo, se le proporcionará un aviso cultural y lingüísticamente apropiado que contenga lo siguiente:

- Información suficiente para identificar el reclamo en cuestión (incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención de la salud y la cantidad del reclamo [si corresponde]);
- Una declaración en la que se explique que, a Su solicitud, están disponibles el código de diagnóstico y su significado correspondiente, así como el código de tratamiento y su significado correspondiente (esta información se proporcionará lo antes posible y la solicitud no se considerará una apelación);
- Los motivos específicos de la determinación adversa, incluido el código de denegación y su significado correspondiente, así como una descripción de la norma del Plan, si la hubiera, que se utilizó para denegar el reclamo;
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación de beneficios;
- Una descripción de la información o los documentos adicionales que sean necesarios para que el reclamante complete el reclamo, o una explicación de por qué son necesarios;
- Una declaración en la que se describan los procedimientos de apelación voluntarios o los procedimientos de revisión externa ofrecidos por el Plan, incluidos los límites de tiempo correspondientes a dichos procedimientos, y el derecho del reclamante a obtener información sobre estos;
- Una declaración en la que se indique que, si el reclamante no está conforme con la determinación del Procedimiento de apelación de un Reclamo, puede llamar al número de teléfono correspondiente de asistencia al miembro o, si no hay una oficina de asistencia al consumidor con el seguro de salud ni un defensor del afiliado correspondientes sobre los que proporcionar información de contacto conforme al punto 10, al Equipo de Asistencia con el Seguro de Salud (Health Insurance Assistance Team, HIAT) del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-888-393-2789;
- Si se utilizó una regla interna, una pauta, un protocolo u otro criterio similar para tomar la determinación adversa, ya sea la regla, la pauta, el protocolo u otro criterio similar específico; o una declaración de que dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio similar se utilizó para tomar la determinación adversa y que se proporcionará una copia sin cargo de la regla, la pauta, el protocolo u otro criterio similar al reclamante a solicitud;
- Si la determinación adversa de un beneficio se basa en un criterio médico o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, ya sea una explicación del criterio científico o clínico usado para tomar la determinación (donde se apliquen las condiciones del Plan a las circunstancias médicas del solicitante), o bien una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo a solicitud; y
- La disponibilidad y la información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor con el seguro de salud o defensor del afiliado correspondiente establecido conforme a la sección 2793 de la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service, PHS) para ayudar a las personas con los reclamos y apelaciones internos, así como con las revisiones externas

REPRESENTANTE PERSONAL

Representante Personal. Persona (o proveedor) que puede comunicarse con el Plan en nombre de la Persona Cubierta para ayudar con reclamos, apelaciones u otros asuntos de beneficios. Un Dependiente menor de edad debe tener la firma de su madre, padre o Tutor Legal para poder designar a un tercero como Representante Personal.

Si una Persona Cubierta decide usar un Representante Personal, debe presentar ante el Plan la documentación adecuada que indique lo siguiente: el nombre del Representante Personal, la fecha y duración del nombramiento, y cualquier otra información pertinente. Además, la Persona Cubierta debe aceptar conceder a su Representante Personal acceso a su Información de Salud Protegida. Para obtener los formularios correspondientes, la Persona Cubierta debería comunicarse con el Administrador de Reclamos. Todos los formularios deben estar firmados por la Persona Cubierta para que se consideren oficiales.

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMOS

La mayoría de los proveedores aceptarán la asignación y coordinarán los pagos directamente con el Plan en nombre de la Persona Cubierta. Si un proveedor no acepta la asignación o no coordina el pago directamente con el Plan, la Persona Cubierta tendrá que enviar el reclamo al Plan dentro de los plazos descritos a continuación a fin de recibir un reembolso. La dirección para enviar reclamos médicos se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación del seguro de salud de grupo.

Una Persona Cubierta que reciba servicios fuera de los Estados Unidos es responsable de asegurarse de que se pague al proveedor. Si un proveedor no coordina el pago directamente con el Plan, la Persona Cubierta tendrá que pagar el reclamo por adelantado y luego enviar el reclamo al Plan a fin de recibir un reembolso. El Plan reembolsará a la Persona Cubierta la cantidad cubierta en moneda estadounidense. La cantidad reembolsada se basará en la tasa de cambio estadounidense que esté en vigencia en la fecha en que la Persona Cubierta pagó el reclamo, o en la fecha del servicio, si se desconoce la fecha de pago.

Se debe presentar un reclamo completo por escrito que debe incluir los siguientes datos:

- Número de identificación, nombre, sexo, fecha de nacimiento y dirección del paciente/de la Persona Cubierta, y relación con el Empleado
- Firma autorizada de la Persona Cubierta
- Diagnóstico
- Fecha del servicio
- Lugar del servicio
- Procedimientos, servicios o suministros (descripción narrativa)
- Cargos por cada servicio detallado
- Cantidad de días o unidades
- Número de cuenta del paciente (si corresponde)
- Total de cargos facturados
- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor que factura
- Número de Identificación de Contribuyente (Taxpayer Identification Number, TIN) del proveedor
- Firma del proveedor
- Proveedor que factura
- Información sobre otro seguro (si corresponde)
- Si la condición del paciente está relacionada con el empleo, un Accidente de tránsito u otro Accidente (si corresponde)
- Cesión de beneficios (si corresponde)

PRESENTACIÓN OPORTUNA

Las Personas Cubiertas son responsables de asegurarse de que se envíen los reclamos completos al Administrador Externo lo antes posible después de recibir los servicios, pero sin excederse de los 12 meses a partir de la fecha del servicio. Si Medicare o Medicaid pagaron como planes primarios por error, el requisito de presentación oportuna puede aumentar a tres años a partir de la fecha del servicio. Un Hospital del Departamento de Asuntos de los Veteranos tiene seis años a partir de la fecha del servicio para presentar el reclamo. Reclamo completo significa que el Plan tiene toda la información necesaria para procesar el reclamo. Los reclamos recibidos después del período de presentación oportuna no serán aceptados. Tenga en cuenta que es posible que los proveedores estén sujetos a diferentes limitaciones de presentación. Los proveedores podrían estar obligados a presentar los reclamos dentro de un período específico conforme a sus contratos como proveedores de la red. En estos casos, a pesar de cualquier disposición del presente documento que indique lo contrario, CEBT aplicará el período de presentación oportuna de reclamos del contrato del proveedor.

Si la Empresa cancela su participación en el fideicomiso, los reclamos podrían estar sujetos a diferentes limitaciones de presentación, según lo establecido en el Convenio de Participación del Empleado.

RECLAMOS PRESENTADOS INCORRECTAMENTE (Se aplica únicamente a los Reclamos Previos al Servicio)

Si una Persona Cubierta o un Representante Personal intenta seguir los procedimientos del Plan para solicitar autorización previa, pero no lo hace correctamente, el Plan notificará a la persona y le explicará los procedimientos correctos dentro de los cinco días calendario después de recibir una solicitud de Reclamo Previo al Servicio. Generalmente, el aviso será verbal, a menos que la Persona Cubierta o el Representante Personal soliciten un aviso por escrito.

CÓMO SE CALCULAN LOS BENEFICIOS DE SALUD

Cuando UMR reciba un reclamo por un servicio que se ha prestado a una Persona Cubierta, UMR determinará si el servicio es un beneficio cubierto por este Plan de salud de grupo. Si el servicio no es un beneficio cubierto, se denegará el reclamo y la Persona Cubierta será responsable de pagar estos costos al proveedor. Si el servicio es un beneficio cubierto, UMR establecerá la cantidad de pago permitida para ese servicio, de acuerdo con las disposiciones de este Resumen de Descripción del Plan.

Los reclamos por beneficios cubiertos se pagan de acuerdo con los cargos facturados, una Tarifa Negociada, el Reembolso Razonable o la cantidad permitida por la Protección contra la Facturación del Saldo, o según las cantidades Usuales y Habituales, menos cualquier Deducible, tarifa de Participación del Plan, Copago o recargo que la Persona Cubierta sea responsable de pagar.

Tarifa Negociada: De vez en cuando, UMR negociará una tarifa de pago con un proveedor por un servicio cubierto en particular, como servicios de trasplante, Equipo Médico Duradero, tratamiento en un Centro de Atención Extendida u otros servicios. La Tarifa Negociada es lo que el Plan pagará al proveedor, menos el Copago, el Deducible la tarifa de Participación del Plan o los recargos que la Persona Cubierta es responsable de pagar. Si hay un contrato de la red vigente, éste determina la Tarifa Negociada del Plan.

Modificadores o Modificadores Reductores, si son Medicamento Necesarios. Estos términos se aplican a los servicios y procedimientos realizados en el mismo día y se pueden aplicar a los procedimientos quirúrgicos, radiológicos y otros de diagnóstico. En el caso de proveedores que participan en una red primaria o secundaria, los reclamos se pagarán de acuerdo con el contrato de la red. En el caso de proveedores que no participan en una red, donde no se aplica ningún descuento, las pautas de la industria son permitir el Reembolso Razonable o la asignación de cuotas Usuales y Habituales por el procedimiento primario y un porcentaje del Reembolso Razonable o de la asignación de cuotas Usuales y Habituales para todos los procedimientos secundarios. Estas asignaciones luego se procesan de acuerdo con las disposiciones del Plan. Un paquete global incluye los servicios que son necesarios para el procedimiento. En el caso de servicios individuales que forman parte de un paquete global, es habitual que los servicios individuales no se facturen por separado. No se permitirá un cargo aparte conforme al Plan.

La fórmula de reembolso específica que se use variará según el Médico o centro que prestó los servicios y el tipo de servicios recibidos.

El reembolso **Habitual y Usual (Usual and Customary, U&C)** de servicios cubiertos recibidos de proveedores, incluidos los Médicos o centros de cuidado de la salud, que no forman parte de Su red se determina en función de uno de los siguientes factores:

- Las tarifas que se negocian con el Médico o centro; o
- La cantidad que generalmente cobran los proveedores de atención de la salud en la misma área geográfica (o área metropolitana, si es necesario) por los mismos servicios o tratamientos, basada en el percentil 90, o
- El uso de datos de dominio público que reflejen los costos por proveedores de atención de la salud que presten los mismos servicios o servicios similares, ajustados según las diferencias geográficas, más un margen de error.

Cuando los servicios de salud cubiertos se reciben de un proveedor fuera de la red como resultado de una Emergencia o según lo coordinado por Su Administrador del Plan, los gastos elegibles son las cantidades negociadas por Su administrador de reclamos o las cantidades permitidas por la ley. Para obtener más información, consulte la sección Protección contra la Facturación del Saldo de este Resumen de Descripción del Plan. Comuníquese con Su Administrador del Plan si le facturan una cantidad que excede Sus Deducibles, Copagos o Participación del Plan correspondientes. El Plan no pagará cargos excesivos ni cantidades que Usted no esté legalmente obligado a pagar.

Consulte “Servicios de Cirugía y del Cirujano Asistente” en la sección Beneficios Médicos Cubiertos para conocer las excepciones relacionadas con varios procedimientos. Un paquete global incluye los servicios que son necesarios para un procedimiento. En el caso de servicios individuales que forman parte de un paquete global, es habitual que los servicios individuales no se facturen por separado. No se permitirá un cargo aparte conforme al Plan.

Por los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red, los reclamos por Gastos Cubiertos normalmente se procesarán de acuerdo con los niveles de beneficios **Fuera de la Red** que se indican en el Plan de Beneficios. Estos proveedores cobran sus tarifas normales por los servicios, por lo que las Personas Cubiertas podrían tener que pagar más. Las Personas Cubiertas son responsables de pagar el saldo de estos reclamos después de que el Plan pague su parte, si corresponde.

NOTIFICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Si una Persona Cubierta presenta un reclamo o un proveedor presenta un reclamo en nombre de una Persona Cubierta y el Plan no cubre completamente los cargos, la Persona Cubierta recibirá un formulario de Explicación de Beneficios (EOB) que explicará cuánto pagó el Plan por el reclamo y qué cantidad del reclamo es responsabilidad de la Persona Cubierta debido a las obligaciones de costo compartido, los beneficios no cubiertos, los recargos u otras disposiciones del Plan. Verifique la información de cada formulario de Explicación de Beneficios para asegurarse de que los servicios cobrados fueron recibidos realmente del proveedor y que la información sea correcta. Si tiene alguna pregunta o duda sobre el formulario de Explicación de Beneficios, llame al Plan al número que se indica en el formulario de Explicación de Beneficios o en el reverso de la tarjeta de identificación del seguro de salud de grupo. El proveedor recibirá un formulario similar por cada reclamo presentado.

PLAZOS PARA LA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS INICIAL

UMR procesará los reclamos dentro de los siguientes plazos, aunque una Persona Cubierta puede extender voluntariamente estos plazos:

- Reclamos Previos al Servicio: Se tomará una decisión dentro de los 15 días calendario después debe recibir una solicitud de reclamo, pero el Plan puede tener una extensión de 15 días más cuando sea necesario por razones ajenas al control del Plan, si se envía un aviso por escrito a la Persona Cubierta dentro del período original de 15 días.
- Reclamos Posteriores al Servicio: Los reclamos se procesarán dentro de los 30 días calendario, pero el Plan puede tener una extensión de 15 días más, cuando sea necesario por razones ajenas al control del Plan, si se envía un aviso por escrito a la Persona Cubierta dentro del período original de 30 días.
- Reclamos de Atención Simultánea: Si el Plan reducirá o cancelará beneficios antes de que termine el tratamiento previamente aprobado, el Plan notificará a la Persona Cubierta antes de que termine o se reduzca la cobertura del tratamiento.
- Reclamos de Atención de Urgencia o de Emergencia según lo definido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio: El Plan notificará a la Persona Cubierta o al proveedor una determinación de beneficios (sea o no adversa) con respecto a un reclamo relacionado con Atención de Urgencia o de Emergencia lo antes posible, teniendo en cuenta la Necesidad por Razones Médicas, pero sin excederse de las 72 horas después de que el Plan reciba el reclamo, y se hará deferencia al Médico tratante.

Un reclamo se considera presentado cuando se ha enviado el reclamo de beneficios a UMR para que sea considerado formalmente conforme a las condiciones de este Plan.

CIRCUNSTANCIAS QUE CAUSAN PÉRDIDA O DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN

Los reclamos pueden ser denegados por cualquiera de las siguientes razones:

- Fin de Su empleo.
- Pérdida de elegibilidad de la Persona Cubierta para la cobertura del Plan de salud.
- Cargos que se Incurrieron antes de la Fecha de Vigencia de la Persona Cubierta o después de la cancelación de la cobertura.
- Una Persona Cubierta alcanzó el Beneficio Máximo de este Plan.
- Enmienda del Plan de salud de grupo.
- Cancelación del Plan de salud de grupo.

- El Empleado, el Dependiente o el proveedor no respondieron a una solicitud de información adicional necesaria para procesar el reclamo o la apelación.
- Aplicación de la Coordinación de Beneficios.
- Ejecución de la subrogación.
- Los servicios no son un beneficio cubierto por este Plan.
- Los servicios no se consideran Médicamente Necesarios.
- Incumplimiento de los requisitos de autorización previa antes de recibir los servicios.
- Uso indebido de la tarjeta de identificación del Plan u otro fraude.
- Falta de pago de las primas, si es requerido.
- El Empleado o el Dependiente son responsables de los cargos que se deban en concepto de Deducible, obligaciones de Participación del Plan o recargos.
- Aplicación del Reembolso Razonable, de la cantidad permitida por la Protección contra la Facturación del Saldo, de los límites de las cuotas Usuales y Habituales, de la lista de cuotas o de las Tarifas Negociadas.
- Presentación de reclamos incompletos o inexactos.
- Aplicación de la revisión de utilización.
- Procedimientos que se consideren Experimentales, de Investigación o No Comprobados.
- Otras razones que se indiquen en alguna otra parte de este Resumen de Descripción del Plan.

DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS ADVERSA (RECLAMOS DENEGADOS)

Determinación de Beneficios Adversa. Significa la denegación, reducción o cancelación de un beneficio, o la falta de pago, total o parcial, de un beneficio. También incluye cualquier tipo de denegación, reducción, cancelación, rescisión de la cobertura (haya o no, en relación con la decisión, un efecto adverso en cualquier beneficio particular en ese momento) o falta de pago que se base en una determinación de que la Persona Cubierta ya no es elegible para participar en el Plan.

Si un reclamo es denegado, total o parcialmente, y la Persona Cubierta debe alguna cantidad al proveedor, la Persona Cubierta recibirá un aviso de denegación de reclamo inicial, generalmente conocido como formulario de Explicación de Beneficios (EOB), dentro de los plazos descritos anteriormente. El formulario de Explicación de Beneficios:

- Explicará las razones específicas de la denegación.
- Proporcionará una referencia específica a las disposiciones pertinentes del Plan en las que se basó la denegación.
- Brindará una descripción de la información o los documentos que sean necesarios para que la Persona Cubierta complete el reclamo, junto con una explicación de por qué son necesarios, si corresponde.
- Brindará la información apropiada en cuanto a los pasos que puede seguir la Persona Cubierta a fin de presentar el reclamo para apelación (revisión).

Si la denegación se basó en una regla o pauta interna, en la Necesidad por Razones Médicas o en el hecho de que un tratamiento es Experimental, de Investigación o No Comprobado, el Plan se lo notificará a la Persona Cubierta. La Persona Cubierta tiene derecho a solicitar una copia de la regla/pauta o el criterio clínico en la que se basó la denegación, y dicha información se ofrecerá sin cargo.

PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN DE RECLAMOS

Si el Empleado, un Dependiente u otro beneficiario no están conformes con el pago de los reclamos realizado o con una determinación de rescisión de la cobertura, deben comunicarse con el Administrador del Plan. Las consultas verbales informales al Administrador del Plan no se considerarán apelaciones. Si Usted desea presentar una apelación formal, puede enviar una solicitud por escrito al Administrador del Plan para iniciar el proceso de apelación. Hay dos niveles de apelación, tanto para los reclamos médicos como para los de medicamentos de venta con receta, y un proceso de revisión externa según se describe a continuación. En el caso de los reclamos médicos, el primer nivel de apelación es ante el Administrador del Plan y el segundo nivel de apelación voluntario es ante el Consejo Fiduciario. En el caso de los reclamos de medicamentos de venta con receta, ambos niveles de apelación son ante el administrador designado de medicamentos de venta con receta. Consulte la determinación adversa de Su reclamo (o la Explicación de Beneficios) o comuníquese con el Administrador del Plan para obtener información de contacto para presentar apelaciones.

Para apelar la denegación de un reclamo, una decisión de revisión de utilización o una determinación de rescisión de la cobertura, puede seguir los siguientes procedimientos. También puede apelar la denegación de un nivel inicial de apelación si sigue estos procedimientos.

- Presente una solicitud por escrito ante el Administrador del Plan o el administrador designado de medicamentos de venta con receta para que el Plan realice una revisión completa e imparcial del reclamo o apelación de nivel inicial;
- Solicite la revisión de los documentos pertinentes para la administración del Plan, incluido el expediente de Su reclamo o apelación;
- Presente por escrito comentarios y asuntos que fundamenten Su apelación; y
- Presente evidencia y testimonios con respecto a Su apelación.

Recuerde que una solicitud de apelación, ya sea de nivel inicial o de segundo nivel, se debe presentar por escrito, indicar en términos claros y concisos los motivos por los que se disputa la denegación e incluir todo documento pertinente que no se haya proporcionado ya al Plan.

Todas las apelaciones consistirán en una revisión completa e imparcial del reclamo o de la apelación. La revisión no dará importancia al reclamo inicial ni a la decisión de apelación inicial. Si la apelación está relacionada con una decisión basada en un criterio médico, participará un asesor médico que tenga la debida capacitación y experiencia en el campo de la medicina en cuestión. Si la apelación está relacionada con el carácter experimental de un servicio, participará un asesor médico que tenga la debida capacitación y experiencia en el campo de la medicina en cuestión. Dicho consultor médico no habrá participado previamente en el reclamo o apelación inicial que se apela. Además, la apelación se arbitrará de una manera diseñada para garantizar la independencia e imparcialidad de las personas que participen en la decisión. Por último, si se usa o genera evidencia nueva o adicional durante la determinación de la apelación, o si se espera que se utilice un nuevo fundamento como base de una denegación, el Plan le proporcionará esa información sin cargo y con suficiente anticipación a la fecha límite de la respuesta a la determinación de beneficios adversa.

Primer Nivel de Apelación

Una solicitud de apelación de nivel inicial se debe presentar ante el Administrador del Plan dentro de los 180 días después de recibir la denegación del reclamo. Si Su solicitud de revisión no se recibe dentro de los 180 días, Su derecho a apelar la denegación del reclamo se pierde.

Después de la revisión de la apelación de nivel inicial, el Plan le comunicará la decisión por escrito. Incluirá los motivos específicos de la decisión, así como las referencias específicas a las disposiciones del Plan en las que se basó la decisión. Para cada nivel de apelación, se le notificará la decisión del Plan de la siguiente manera:

- En el caso de los reclamos de Atención de Urgencia, dentro de las 72 horas o lo antes posible si Su condición requiere un plazo más corto (se dará deferencia al proveedor médico en cuanto a lo que es urgente);
- En el caso de los Reclamos Previos al Servicio, dentro de los 15 días o lo antes posible si Su condición requiere un plazo más corto; o
- En el caso de los Reclamos Posteriores al Servicio, dentro de los 30 días.

Segundo Nivel de Apelación Voluntario

Usted puede pasar al segundo nivel de apelación voluntario si no está conforme con la decisión tomada en el nivel inicial de apelación; para ello, debe presentar una solicitud de apelación ante el Administrador del Plan o el administrador designado de medicamentos de venta con receta dentro de los 60 días después de recibir la denegación de la apelación de nivel inicial. El Consejo Fiduciario se encargará de la revisión del segundo nivel de apelación correspondiente a los reclamos médicos y el administrador designado de medicamentos de venta con receta se encargará del segundo nivel de apelación correspondiente a los reclamos de medicamentos de venta con receta. El Consejo Fiduciario o el administrador designado de medicamentos de venta con receta responderá dentro de los 60 días después de recibir la solicitud de apelación.

Si se demuestra que hay un buen motivo, el Consejo Fiduciario o el agente designado por este consejo permitirá que se enmiende o suplemente la apelación. El Consejo Fiduciario o el agente designado por este consejo concederá una audiencia sobre la petición para recibir y escuchar cualquier evidencia o argumento si el reclamante solicita presentar testimonios. La no presentación de una apelación dentro de dicho período de 60 días constituirá una renuncia del reclamante a su derecho de apelación conforme a la información y evidencia presentadas antes de la denegación o la audiencia, según sea el caso, siempre y cuando el Consejo Fiduciario o el agente designado por este consejo pueda eximir a un reclamante de dicha renuncia por un buen motivo si la solicitud de dicha exención se presenta dentro del año después de la fecha indicada en el aviso de denegación. No obstante, no presentar una apelación dentro de dicho período no impedirá que el reclamante demuestre su elegibilidad para los beneficios más adelante conforme a información y evidencia adicionales que no estaban a su disposición en el momento de la denegación o de la audiencia. El Consejo Fiduciario o el agente designado por este consejo tomará una decisión rápidamente, a menos que haya circunstancias especiales que requieran una extensión del tiempo de procesamiento, en cuyo caso se comunicará una decisión lo antes posible, pero sin excederse de los 60 días después de recibir la solicitud de apelación. Se le comunicará la decisión por escrito.

La decisión del Consejo Fiduciario o del agente designado por este consejo con respecto a una apelación será definitiva y obligatoria para todas las partes, incluido el reclamante o cualquier persona que reclame en nombre del reclamante, excepto si Usted solicita una revisión externa conforme al Programa Federal de Revisión Externa, que se explica a continuación. La disposición de esta sección incluirá y se aplicará a todos y cada uno de los reclamos de beneficios del Plan, así como a cualquier reclamo o derecho que se haga valer conforme a estas Reglas y Normas o en contra del Plan, independientemente de cuándo haya ocurrido el acto u omisión en el que se basa el reclamo.

Avisos de Decisiones sobre Apelaciones

En caso de una determinación adversa de beneficios en cualquier momento del proceso de apelación, se le proporcionará un aviso cultural y lingüísticamente apropiado que contenga lo siguiente:

- Información suficiente para identificar el reclamo en cuestión (incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención de la salud y la cantidad del reclamo [si corresponde]);
- Una declaración en la que se explique que, a Su solicitud, están disponibles el código de diagnóstico y su significado correspondiente, así como el código de tratamiento y su significado correspondiente (esta información se proporcionará lo antes posible y la solicitud no se considerará una apelación);
- Los motivos específicos de la determinación adversa, incluido el código de denegación y su significado correspondiente, así como una descripción de la norma del Plan, si la hubiera, que se utilizó para denegar el reclamo;
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación de beneficios;
- En el caso de un aviso de determinación de beneficios adversa interna que sea definitiva, una explicación de la decisión;
- Una declaración en la que se indique que el reclamante tiene derecho a recibir, a solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información pertinente al reclamo de beneficios del reclamante, así como a copias de estos;
- Una declaración en la que se describan los procedimientos de apelación voluntarios o los procedimientos de revisión externa ofrecidos por el Plan, incluidos los límites de tiempo correspondientes a dichos procedimientos, y el derecho del reclamante a obtener información sobre estos;
- Una declaración en la que se indique que, si el reclamante no está conforme con la determinación del Procedimiento de apelación de un Reclamo, puede llamar al número de teléfono correspondiente de asistencia al miembro o, si no hay una oficina de asistencia al consumidor con el seguro de salud ni un defensor del afiliado correspondientes sobre los que proporcionar información de contacto conforme al punto 11, al Equipo de Asistencia con el Seguro de Salud (HIAT) del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-888-393-2789;
- Si se utilizó una regla interna, una pauta, un protocolo u otro criterio similar para tomar la determinación adversa, ya sea la regla, la pauta, el protocolo u otro criterio similar específico; o una declaración de que dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio similar se utilizó para tomar la determinación adversa y que se proporcionará una copia sin cargo de la regla, la pauta, el protocolo u otro criterio similar al reclamante a solicitud;
- Si la determinación adversa de un beneficio se basa en un criterio médico o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, ya sea una explicación del criterio científico o clínico usado para tomar la determinación (donde se apliquen las condiciones del Plan a las circunstancias médicas del solicitante), o bien una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo a solicitud; y

- La disponibilidad y la información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor con el seguro de salud o defensor del afiliado correspondiente establecido conforme a la sección 2793 de la Ley PHS para ayudar a las personas con los procesos de reclamo y apelación internos, así como de revisión externa.

PLAZOS PARA TOMAR DECISIONES SOBRE APELACIONES

Después de revisar un reclamo que ha sido apelado, el Plan notificará a la Persona Cubierta la decisión dentro de los siguientes plazos, aunque la Persona Cubierta puede extender voluntariamente estos plazos. Asimismo, si se usa o genera evidencia nueva o adicional durante la determinación de la apelación, el Plan se la proporcionará a Usted sin cargo y con suficiente anticipación a la fecha límite de la respuesta a la Determinación de Beneficios Adversa. Si se recibe esa evidencia en algún momento del proceso en que el Plan no pueda brindarle una oportunidad razonable de responder antes del fin del período que se indica a continuación, se suspenderá el plazo para que Usted tenga una oportunidad razonable de responder a la evidencia nueva o adicional.

APELACIONES DE RECLAMOS URGENTES QUE REQUIEREN ACCIÓN INMEDIATA

La solicitud de una Persona Cubierta o su representante autorizado de revisión y reconsideración de cobertura que requiera notificación o aprobación previa para recibir atención médica puede considerarse una apelación de reclamo urgente. Las apelaciones de reclamos urgentes deben cumplir con uno o los dos criterios siguientes a fin de considerarse de urgencia:

- Una demora en el tratamiento podría poner en grave peligro la vida o la salud o la capacidad para recuperar una funcionalidad al máximo.
- En la opinión de un Médico con conocimiento de la condición médica, una demora en el tratamiento podría causar un dolor agudo que no se podría controlar adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es el objeto del reclamo.

UMR debe responder a la solicitud de apelación de reclamo urgente lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero sin excederse de las 72 horas después de recibir la solicitud de revisión.

Los siguientes plazos se aplicarán únicamente al nivel de apelación obligatorio. El nivel de apelación voluntario no estará sujeto a plazos específicos.

- Reclamos Previos al Servicio: Dentro de un plazo razonable apropiado a las circunstancias médicas, pero sin exceder los 30 días calendario después de que el Plan reciba la solicitud de revisión.
- Reclamos Posteriores al Servicio: Dentro de un plazo razonable, pero sin exceder los 60 días calendario después de que el Plan reciba la solicitud de revisión.
- Reclamos de Atención Simultánea: Antes de que termine o se reduzca el tratamiento.

PROGRAMA FEDERAL DE REVISIÓN EXTERNA

Si, después de agotar Sus apelaciones internas (ya sea la apelación inicial o la apelación de segundo nivel voluntario, en caso de haberla elegido), *usted* no está conforme con la determinación definitiva, *usted* puede decidir participar en el programa de revisión externa. Este programa se aplica únicamente si la determinación de beneficios adversa se basa en:

- Razones clínicas;
- La exclusión de servicios Experimentales o de Investigación, o servicios no comprobados; o
- Según lo exija la ley vigente.

Este programa de revisión externa ofrece un proceso de revisión independiente que evalúa la denegación de un servicio o procedimiento solicitado (que no sea una predeterminación de beneficios) o la denegación del pago de un servicio o procedimiento. El proceso está disponible sin cargo para Usted después de que haya agotado el proceso de apelación descrito anteriormente y haya recibido una decisión desfavorable, o si UMR, Inc. o Su Empresa no responden a Su apelación dentro de los plazos mencionados más arriba.

Usted puede solicitar una revisión independiente de la determinación de beneficios adversa. Ni Usted ni UMR, Inc. ni Su Empresa tendrán la oportunidad de reunirse con el revisor ni de participar de manera alguna en la decisión del revisor. Si desea pedir una revisión externa, envíe una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

UMR, INC.
EXTERNAL REVIEW
APPEAL UNIT
PO BOX 8048
WAUSAU WI 54402-8048

Su solicitud por escrito debería incluir:

- Su solicitud específica de revisión externa;
- El nombre, la dirección y el número de identificación de membresía del Empleado;
- El nombre y la dirección de Su representante designado, cuando corresponda;
- El servicio que se le denegó; y
- Cualquier nueva información pertinente que no se presentó durante la apelación interna.

En el momento en que recibamos Su solicitud, le brindaremos más información sobre el proceso de revisión externa.

Todas las solicitudes de revisión independiente deben hacerse dentro de los cuatro (4) meses a partir de la fecha en que Usted reciba la determinación de beneficios adversa. Usted o un representante designado autorizado puede solicitar una revisión independiente si se comunica con el número gratuito que se encuentra en Su tarjeta de identificación o envía una solicitud por escrito a la dirección que se encuentra en Su tarjeta de identificación.

La revisión independiente estará a cargo de un médico independiente o un médico que esté calificado para decidir si el servicio o procedimiento solicitado es un Gasto Cubierto por el Plan. La Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) fue contratada por UMR, Inc. y no tiene afiliación ni interés importante que la vincule a UMR, Inc. ni a Su Empresa. UMR, Inc. elegirá la Organización de Revisión Independiente según una lista rotativa de Organizaciones aprobadas.

En determinados casos, la revisión independiente podría estar a cargo de un panel de médicos, según la Organización de Revisión Independiente lo considere apropiado.

Dentro de los plazos correspondientes luego de que UMR reciba una solicitud de revisión independiente, la solicitud se enviará a la Organización de Revisión Independiente junto con:

- Todos los registros médicos pertinentes;
- Todos los demás documentos en que UMR, Inc. o Su Empresa se hayan basado para tomar una decisión sobre el caso; y
- Cualquier otra información o evidencia que Usted o Su médico ya hayan enviado a UMR, Inc. o Su Empresa.

Si Usted o Su médico desean presentar, como respaldo a la solicitud, algún tipo de información o evidencia que no se hayan proporcionado con anterioridad, Usted puede incluir esta información con la solicitud de revisión independiente, y UMR, Inc. la incluirá con los documentos que se enviarán a la Organización de Revisión Independiente. Se tomará una decisión dentro de los plazos correspondientes. Si el revisor necesita información adicional para tomar una decisión, este período podrá extenderse. El proceso de revisión independiente será rápido si Usted cumple con los criterios para una revisión externa rápida, según la definición de la ley vigente.

La decisión del revisor se hará por escrito e incluirá la base clínica de la determinación. La Organización de Revisión Independiente les proporcionará a Usted y a UMR, Inc. o Su Empresa la decisión del revisor, una descripción de los títulos académicos del revisor y cualquier otro dato que la organización considere apropiado o que exija la ley vigente.

Si la decisión definitiva de la revisión independiente es aprobar el pago o la referencia, el Plan aceptará la decisión y proporcionará los beneficios por dicho servicio o procedimiento de acuerdo con los términos y condiciones del Plan. Si la decisión definitiva de la revisión externa es que no se realice el pago o la referencia, el Plan no estará obligado a proporcionar los beneficios por el servicio o procedimiento.

Puede comunicarse con el Administrador de Reclamos al número de teléfono gratuito que se encuentra en Su tarjeta de identificación para obtener más información con relación a Sus derechos de apelación externa y el proceso de revisión independiente.

EXAMEN FÍSICO Y AUTOPSIA

El Plan puede requerir que la Persona Cubierta se realice un examen físico, a costa del Plan, con la frecuencia que sea necesaria para resolver un reclamo. En caso de muerte, el Plan puede exigir una autopsia, a menos que lo prohíba la ley.

DERECHO A SOLICITAR PAGOS EN EXCESO

El Plan se reserva el derecho a recuperar todo pago que haya hecho el Plan:

- Por error; o
- Después de la fecha en que la cobertura de la persona debería haber terminado en este Plan; o
- A la Persona Cubierta o a otra parte en nombre de la Persona Cubierta cuando el Patrocinador del Plan determine el pago la Persona Cubierta o a esa parte es mayor que la cantidad pagadera por este Plan.

El Plan tiene derecho a recuperar dinero de las Personas Cubiertas si el Plan les pagó o pagó a otra parte en nombre de ellas.

FRAUDE

El fraude es un delito por el que una persona puede ser procesada. Toda Persona Cubierta que se involucre intencionalmente y a sabiendas en una actividad destinada a estafar al Plan es culpable de fraude. El Plan utilizará todos los medios que sean necesarios para apoyar la detección y la investigación de fraudes. Constituye un delito que una Persona Cubierta presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar al Plan. Además, constituye un acto delictivo el hecho de que una Persona Cubierta no notifique intencionalmente y a sabiendas al Plan con respecto a un evento que afecte la elegibilidad para una Persona Cubierta. Los requisitos de notificación se describen en este Resumen de Descripción del Plan y en otros documentos del Plan. Léalos atentamente y consulte todos los documentos del Plan que reciba (p. ej., avisos de COBRA). Algunos ejemplos de los eventos que se deben notificar al Plan son divorcio, pérdida de la elegibilidad de un Dependiente por alcanzar la edad límite del Plan e inscripción en otra cobertura de salud de grupo mientras se recibe COBRA. (Tenga en cuenta que los ejemplos enumerados incluyen todos los casos).

Estas acciones tendrán como consecuencia la denegación del reclamo de la Persona Cubierta o la cancelación de la cobertura del Plan de la Persona Cubierta, y estarán sujetas al procesamiento y castigo de todo el peso de la ley estatal o federal.

Cada Persona Cubierta debe:

- Presentar reclamos exactos. Si otra persona, como el cónyuge de la Persona Cubierta u otro miembro de la familia, presenta reclamos en nombre de la Persona Cubierta, la Persona Cubierta debería revisar el formulario de reclamo antes de firmarlo;
- Revisar el formulario de Explicación de Beneficios (EOB). La Persona Cubierta debe asegurarse de que los beneficios se hayan pagado correctamente según su conocimiento de los gastos Incurridos y los servicios prestados;
- Impedir siempre que otra persona use su identidad para recibir tratamiento médico. Si la Persona Cubierta pierde la tarjeta de identificación del Plan, debe denunciar la pérdida al Plan inmediatamente;
- Presentar información completa y exacta en los formularios de reclamo y en todo otro formulario. Debe responder todas las preguntas a su leal saber y entender; y
- Notificar al Plan cuando ocurra un evento que afecte la elegibilidad de la Persona Cubierta.

A fin de mantener la integridad de este Plan, se alienta a cada Persona Cubierta a notificar al Plan cada vez que un proveedor:

- Facture servicios o tratamientos que nunca se recibieron; o
- Pida a una Persona Cubierta que firme un formulario de reclamo en blanco; o
- Pida a una Persona Cubierta que se someta a exámenes que la Persona Cubierta considera que no son necesarios.

Las Personas Cubiertas que tengan dudas sobre cualquier cargo que aparezca en una factura o en un formulario de Explicación de Beneficios, o que sepan o sospechen de cualquier actividad ilegal, deberían llamar a la línea directa gratuita al 1-800-356-5803. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

OTRAS DISPOSICIONES FEDERALES

LEY DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR (FMLA)

Si un Empleado está de permiso médico o familiar para ausentarse del trabajo y este permiso cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la Ley de Licencia Médica y Familiar (Family and Medical Leave Act, FMLA) de 1993, su empresa continuará con la cobertura de este Plan de acuerdo con las normas federales de la FMLA, siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:

- Se paguen las contribuciones; y
- El Empleado tenga un permiso aprobado y por escrito de la empresa.

La cobertura continuará hasta el mayor de los siguientes plazos:

- El período de ausencia requerido por la FMLA y sus enmiendas; o
- El período de ausencia requerido por la ley estatal vigente.

Un Empleado puede optar por no retener la cobertura de salud de grupo durante una ausencia de la FMLA. Cuando el Empleado se reintegra al trabajo después de la ausencia de la FMLA, la cobertura del Empleado generalmente se restaura al nivel que habría tenido si no se hubiera tomado ese permiso de ausencia de la FMLA. Para obtener más información, comuníquese con Su oficina de Recursos Humanos o de Personal.

DISPOSICIÓN SOBRE ÓRDENES CALIFICADAS DE BENEFICIOS MÉDICOS PARA MANUTENCIÓN DE HIJOS

Un Hijo Dependiente comenzará a estar cubierto partir de la fecha especificada en una resolución judicial, sentencia u orden emitida por un tribunal de jurisdicción competente o a través de un proceso administrativo del estado.

La orden debe identificar claramente todo lo siguiente:

- El nombre y la última dirección postal conocida del participante;
- El nombre y la última dirección postal conocida de cada beneficiario alternativo (o persona designada política o estatal oficial para el receptor alternativo);
- Una descripción razonable del tipo de cobertura que debe proporcionar al Hijo, o la forma en que se debe determinar dicha cobertura; y
- El período al que se aplica la orden.

Comuníquese con el Administrador del Plan para solicitar una copia impresa, sin cargo, de los procedimientos que el Plan usa para administrar Órdenes Calificadas de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO

Según la ley federal, los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden restringir los beneficios por la duración de una hospitalización relacionada con un parto para la madre o el Hijo recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal, o menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no le prohíbe al proveedor tratante de la madre o el recién nacido, luego de consultarlo con la madre, dar el alta a la madre o a Su recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del Plan o del emisor para indicar que la duración de la hospitalización no sobrepase las 48 horas (o 96 horas).

Este Plan de salud de grupo también cumple con las disposiciones de lo siguiente:

- Ley de Paridad de la Salud Mental.
- Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, con sus enmiendas.
- Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, en relación con la reconstrucción de seno después de una mastectomía.
- Normas sobre Vacunas Pediátricas, por la cual una empresa no reducirá su cobertura para vacunas pediátricas por debajo de la cobertura que proporcionaba hasta mayo 1, 1993.
- Normas de Medicare como Pagador Secundario, con sus enmiendas.
- Enmiendas de los Requisitos Contra la Discriminación y la Prohibición de TRICARE Contra los Incentivos.
- Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Non-discrimination Act, GINA).

SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA HIPAA DISPOSICIÓN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD MÉDICA

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA CONFORME A LAS NORMAS DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD DE LA HIPAA

Este Plan usará la Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) de una Persona Cubierta en la medida de, y de acuerdo con, los Usos y Divulgaciones permitidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Específicamente, este Plan Usará y Divulgará la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta a efectos relacionados con Tratamiento de atención de la salud, Pago de atención de la salud y Actividades de atención de la salud. Además, este Plan Usará y Divulgará la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta según lo exigido por la ley y según lo permitido por una autorización. Esta sección establece las condiciones en las cuales el Plan puede compartir la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta, y limita los Usos y las Divulgaciones que el Patrocinador del Plan puede hacer de la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta.

Este Plan Divulgará la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta al Patrocinador del Plan únicamente en la medida que sea necesario a efectos de las funciones administrativas de Tratamiento, Pago de atención de la salud o Actividades de Atención de la Salud.

El Patrocinador del Plan Usará o Divulgará la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta únicamente en la medida que sea necesario para las funciones administrativas de Tratamiento, Pago de atención de la salud o Actividades de Atención de la Salud que realice en nombre de este Plan.

El Plan acepta que Divulgará la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta al Patrocinador del Plan únicamente después de recibir una certificación del Patrocinador del Plan de que se han adoptado las condiciones de esta sección y que el Patrocinador del Plan acepta acatar estas condiciones.

El Patrocinador del Plan está sujeto a todas las siguientes restricciones que se aplican al Uso y la Divulgación de la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta:

- El Patrocinador del Plan Usará y Divulgará la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta (incluida la Información de Salud Protegida Electrónica) únicamente para las Funciones Administrativas del Plan, según lo exigido por la ley o según lo permitido por las normas de la HIPAA. El Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan también contiene más información sobre los Usos y las Divulgaciones de Información de Salud Protegida conforme a la HIPAA;
- El Patrocinador del Plan implementará las medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas que protejan razonable y apropiadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la Información de Salud Protegida Electrónica que cree, reciba, mantenga o transmita en nombre del Plan;
- El Patrocinador del Plan exigirá a cada uno de sus subcontratistas o agentes a quienes el Patrocinador del Plan podría proporcionar la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta que acepten las mismas restricciones y condiciones impuestas al Patrocinador del Plan con respecto a la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta;
- El Patrocinador del Plan se asegurará de que cada uno de sus subcontratistas o agentes a quienes el Patrocinador del Plan podría proporcionar la Información de Salud Protegida Electrónica de una Persona Cubierta acepte implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la Información de Salud Protegida Electrónica;
- El Patrocinador del Plan no Usará ni Divulgará Información de Salud Protegida para acciones y decisiones referentes al empleo ni en relación con ningún otro de los beneficios del Patrocinador del Plan o planes de beneficios para Empleados;
- El Patrocinador del Plan informará rápidamente a este Plan sobre cualquier infracción o Uso o Divulgación no permitidos o indebidos de Información de Salud Protegida que no estén autorizados por los documentos del Plan;
- En caso de enterarse de una infracción o un incidente de seguridad con respecto a la Información de Salud Protegida Electrónica, el Patrocinador del Plan lo informará al Plan;

- El Patrocinador del Plan y el Plan no Usarán información genética con fines de suscripción. Por ejemplo, los fines de suscripción incluyen determinar la elegibilidad, la cobertura o el pago conforme al Plan, pero no incluye determinar si un tratamiento es médicamente apropiado;
- El Patrocinador del Plan permitirá a una Persona Cubierta o a este Plan inspeccionar y hacer copias de toda la Información de Salud Protegida sobre la Persona Cubierta contenida en el Conjunto de Registros Designado que está bajo la custodia o el control del Patrocinador del Plan. Las Normas de Privacidad de la HIPAA establecen las reglas que la Persona Cubierta y el Plan deben seguir, y también establecen las excepciones;
- El Patrocinador del Plan enmendará o corregirá, o habilitará al Plan para que enmiende o corrija, cualquier parte de la Información de Salud Protegida de la Persona Cubierta contenida en el Conjunto de Registros Designado, en la medida que esté permitido o sea requerido por las Normas de Privacidad de la HIPAA;
- El Patrocinador del Plan mantendrá un registro de Divulgaciones para ciertos tipos de Divulgaciones establecidos en las Normas de la HIPAA. Cada Persona Cubierta tiene derecho a ver el registro de Divulgaciones. El Patrocinador del Plan no está obligado a mantener un registro si las Divulgaciones son para ciertos fines relacionados con el Plan, como el Pago de beneficios o Actividades de Atención de la Salud;
- A efectos de determinar el cumplimiento de este Plan con la HIPAA, el Patrocinador del Plan pondrá a disposición de este Plan y del Departamento de Salud y Servicios Humanos o persona designada sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el Uso y la Divulgación de la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta;
- El Patrocinador del Plan debe, si es posible, devolver a este Plan o destruir toda la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta que el Patrocinador del Plan haya recibido de o en nombre de este Plan, cuando el Patrocinador del Plan ya no necesite la Información de Salud Protegida de la Persona Cubierta para administrar este Plan. Esto incluye todas las copias en cualquier formato, incluidas las compilaciones derivadas de la Información de Salud Protegida. Si la devolución o destrucción no es factible, el Patrocinador del Plan acepta restringir y limitar los futuros Usos y Divulgaciones a los propósitos que hayan hecho que la devolución o la destrucción no fuesen factibles;
- El Patrocinador del Plan se asegurará de que se establezca una adecuada separación entre este Plan y el Patrocinador del Plan de manera que la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta (incluida la Información de Salud Protegida Electrónica) se usará únicamente a efectos de la administración del Plan; y
- El Patrocinador del Plan hará todo lo razonablemente posible para solicitar solo el tipo y la cantidad mínima y necesaria de Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta para desempeñar las funciones para las cuales se solicitó la información.

Los siguientes Empleados, clases de Empleados u otros integrantes del personal bajo el control del Patrocinador del Plan pueden recibir acceso a la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta para las Funciones Administrativas del Plan que el Patrocinador del Plan desempeña en nombre del Plan según se establece en esta sección:

Gerente Financiero, Supervisor Contable y Asistente de Recursos Humanos

Esta lista incluye cada Empleado, clase de Empleados u otros integrantes del personal bajo el control del Patrocinador del Plan que pueden recibir la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta. Si alguno de estos Empleados o integrantes del personal Usa o Divulga la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta de una manera que infringe las condiciones establecidas en esta sección, los Empleados o integrantes del personal estarán sujetos a medidas y sanciones disciplinarias, que incluyen la posibilidad de fin del empleo. Si el Patrocinador del Plan se entera de una infracción semejante, la informará rápidamente a este Plan y cooperará con el Plan para corregir la infracción, para imponer las sanciones apropiadas y para mitigar cualquier efecto perjudicial para la Persona Cubierta.

DEFINICIONES

Actividades de Atención de la Salud. Funciones comerciales y administrativas generales necesarias para que la Entidad Cubierta siga siendo una empresa viable. Estas actividades incluyen:
Realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad;

- Revisar la competencia o los títulos académicos y la acreditación/licencia de los planes de profesionales de atención de la salud;
- Evaluar el desempeño del plan de salud y de los profesionales de atención de la salud;
- Capacitar a los futuros profesionales de atención de la salud;
- Actividades de seguros relacionadas con la renovación de un contrato de seguro;
- Realizar o coordinar servicios de auditoría y revisión médica;
- Compilar y analizar información con antelación a, o para el uso en, un procedimiento legal civil o penal; Actividades demográficas relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de la atención de la salud, el desarrollo de protocolos, la administración de casos y la coordinación de la atención;
- Comunicarse con proveedores de atención de la salud y pacientes para brindarles información sobre alternativas de Tratamiento y funciones relacionadas que no implican la atención directa del paciente; y
- Actividades relacionadas con la creación, la renovación o el reemplazo de un contrato de seguro de salud o de beneficios de salud, así como la cesión, el aseguramiento o la colocación de un contrato para reaseguro del riesgo en relación con reclamos de atención de la salud (incluido el seguro limitador de pérdidas y el seguro de exceso de pérdidas).

Conjunto de Registros Designado. Conjunto de registros mantenido por o para una Entidad Cubierta que incluye la Información de Salud Protegida de una Persona Cubierta. Esto incluye registros médicos, registros de facturación, registros de inscripción, registros de Pago, registros de adjudicación de reclamos y sistemas de registros de administración de casos mantenidos por o para este Plan. También incluye registros usados para tomar decisiones sobre las Personas Cubiertas. Este conjunto de registros se debe mantener durante un mínimo de seis años.

Divulgar o Divulgación. Cuando una entidad revela información a personas u organizaciones ajenas a esa entidad.

Entidad Cubierta (CE). Una de las siguientes: un plan de salud, un centro de intercambio de información de atención de la salud o un proveedor de atención de la salud que transmite cualquier información de salud relacionada con una transacción cubierta por esta ley.

Funcionario de Privacidad. Persona que supervisa el cumplimiento de todas las normas y los procedimientos relacionados con la protección de la Información de Salud Protegida y las normas federales y estatales relacionadas con la privacidad de una Persona Cubierta.

Funciones Administrativas del Plan. Funciones administrativas de Pago o Actividades de Atención de la Salud que desempeña el Patrocinador del Plan en nombre del Plan, que incluyen el aseguramiento de la calidad, el procesamiento de reclamos, las auditorías y la supervisión.

Información de Salud Individualmente Identificable. Subconjunto de información de salud, incluidos los datos recopilados de la Persona Cubierta, que:

- Es creada por una Entidad Cubierta o es recibida de una Entidad Cubierta;
- Se relaciona con la condición o salud física o mental pasada, presente o futura de una Persona Cubierta, la prestación de servicios de atención de la salud o el Pago pasado, presente o futuro de la prestación de servicios de atención de la salud; e
- Identifica a la Persona Cubierta o hay fundamentos razonables para creer que la información se puede usar para identificar a la Persona Cubierta.

Información de Salud Protegida (PHI). Información de Salud Individualmente Identificable que transmite o mantiene una Entidad Cubierta en formato escrito, electrónico o verbal. La Información de Salud Protegida incluye la Información de Salud Protegida Electrónica.

Información de Salud Protegida Electrónica (PHI Electrónica). Información de Salud Individualmente Identificable que se transmite por medios electrónicos o se mantiene en medios electrónicos. Es un subconjunto de la Información de Salud Protegida.

Pago. Actividades del plan de salud o de un Socio Comercial destinadas a satisfacer una deuda conforme a la póliza o el contrato; o a que un proveedor de atención de la salud o Socio Comercial de este obtengan un reembolso por la prestación de servicios de atención de la salud.

Patrocinador del Plan. La empresa para la cual Usted trabaja.

Simplificación Administrativa. Sección de la ley que trata las transacciones electrónicas, la privacidad y la seguridad. Las metas son:

- Mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema de atención de la salud;
- Estandarizar el intercambio de datos electrónicos de ciertas transacciones administrativas;
- Proteger la seguridad y privacidad de la Información de Salud Protegida;
- Mejorar la eficiencia para compilar/analizar datos, hacer auditorías y detectar fraudes; y
- Mejorar los programas Medicare y Medicaid.

Socio Comercial (Business Associate, BA) en relación con una Entidad Cubierta (Covered Entity, CE). Persona a quien la Entidad Cubierta divulga Información de Salud Protegida (PHI) para que una persona pueda desempeñar una función o actividad para la Entidad Cubierta, o ayudar a desempeñarla. Incluyen contratistas u otras personas que reciben Información de Salud Protegida de la Entidad Cubierta (o de otro socio comercial de la Entidad Cubierta) a los efectos descritos en la oración anterior, incluidos los abogados, auditores, asesores, Administradores Externos, centros de intercambio de información de atención de la salud, firmas que procesan datos, firmas que facturan y otras Entidades Cubiertas. Este término excluye a las personas que forman parte del personal de la Entidad Cubierta.

Tratamiento. Prestación de servicios de atención de la salud por parte de, o coordinación de la atención de la salud (incluida la administración de atención de la salud de la persona a través de una evaluación de riesgos, administración de casos y manejo de enfermedades) entre, proveedores de atención de la salud; referencia de un paciente de un proveedor a otro; o coordinación de atención de la salud u otros servicios entre proveedores de atención de la salud y terceros autorizados por el plan de salud o la persona.

Uso. Con respecto a la Información de Salud Individualmente Identificable, significa compartir, emplear, aplicar, utilizar, examinar o analizar tal información dentro de una entidad que mantiene dicha información.

INFORMACIÓN SOBRE ENMIENDAS AL PLAN Y CANCELACIÓN DEL PLAN

El Patrocinador del Plan tiene la firme intención de mantener este Plan indefinidamente; sin embargo, la empresa se reserva el derecho a cancelar, suspender o enmendar el Plan en cualquier momento, total o parcialmente, así como el derecho de hacer modificaciones en los beneficios de este Plan. Ninguna persona o entidad tiene autoridad para hacer cambios verbales o enmiendas a este Plan. Ningún agente o representante de este Plan tendrá la autoridad de cambiar legalmente las condiciones del Plan o del Resumen de Descripción del Plan ni de anular ninguna de sus disposiciones, ya sea intencional o involuntariamente. Si alguna información errónea afecta la existencia de la cobertura, se usarán los hechos pertinentes para determinar si la cobertura está en vigor conforme a las condiciones de este Plan y en qué cantidad. El Administrador del Plan enviará un aviso por escrito a las Personas Cubiertas dentro de los 60 días posteriores a la medida formal adoptada que reduce sustancialmente los beneficios del Plan o, como alternativa, puede enviar dicha notificación a través de las comunicaciones que mantiene el Patrocinador del Plan o el Administrador del Plan a intervalos periódicos de no más de 90 días.

DERECHOS DE LA PERSONA CUBIERTA SI SE ENMIENDA O CANCELA EL PLAN

Si se enmienda este Plan, los derechos de una Persona Cubierta se limitan a los beneficios del Plan en vigor en el momento en que se incurran los gastos, independientemente de que la Persona Cubierta haya recibido o no una notificación por escrito del Administrador del Plan de que el Plan ha sido enmendado.

Si se cancela este Plan, los derechos de una Persona Cubierta se limitan a los Gastos Cubiertos Incurridos antes de que la Persona Cubierta reciba el aviso de cancelación. Todos los reclamos Incurridos antes de la cancelación, pero no presentados ante el Patrocinador del Plan ni ante el Administrador Externo dentro de los 75 días después de la Fecha de Vigencia de la cancelación de este Plan debido a bancarota, serán excluidos de cualquier consideración de beneficios.

El Plan supondrá que la Persona Cubierta recibe la carta de enmienda o cancelación del Administrador del Plan siete días después del envío de la carta por correo a la Persona Cubierta.

Ninguna persona comenzará a tener ningún tipo de derecho adquirido con este Plan.

DISTRIBUCIÓN DE ACTIVOS DESPUÉS DE LA CANCELACIÓN DEL PLAN

Para obtener información sobre la distribución de activos después de la cancelación del Plan, comuníquese con Su oficina de Recursos Humanos o de Personal.

NO ES UN CONTRATO DE EMPLEO

Este Plan no pretende ser, y no debe interpretarse como, un contrato de empleo entre una Persona Cubierta y la empresa.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACA/ICI/Terapia para el Trastorno del Espectro Autista. Programas de terapia conductual intensiva que se usan para tratar Trastornos del Espectro Autista. Estos programas suelen conocerse como Intervención Conductual Intensiva (ICI), Intervención Conductual Intensiva Temprana (ICIT) o Análisis Conductual Aplicado (ACA). Estas intervenciones están destinadas a reducir las conductas problemáticas y a desarrollar habilidades y conductas alternativas en personas con Trastorno del Espectro Autista. En una sesión de terapia habitual, se le indica al Niño que realice una acción. La realización satisfactoria de la tarea se recompensa con un refuerzo positivo, mientras que la falta de cumplimiento o de respuesta recibe una reacción neutral del terapeuta. Para los Niños con conductas de mala adaptación, se crean planes para utilizar el uso de refuerzos a fin de reducir la conducta problemática y aumentar más las respuestas apropiadas. Aunque alguna vez fueron un componente de la metodología original de Lovaas, las consecuencias aversivas ya no se usan. Para el éxito del tratamiento a largo plazo, se considera esencial la participación de los padres. Los padres aprenden a continuar con el entrenamiento en la modificación de la conducta cuando el Niño está en el hogar y, a veces, pueden actuar como el terapeuta principal.

Accidente. Acontecimiento imprevisto, repentino y fortuito que causa daños corporales.

Actividades de la Vida Diaria (ADL). Las siguientes actividades, con o sin ayuda: bañarse, vestirse, usar el baño e higienizarse; traspasarse (acostarse o levantarse de una cama, una silla, una silla de ruedas, la bañera o la ducha); movilizarse; comer (alimentarse por cualquier medio que no sea intravenoso); y controlar esfínteres (mantener voluntariamente el control de los intestinos y la vejiga o, en caso de incontinencia, mantener un nivel razonable de higiene personal).

Acupuntura. Técnica usada para administrar anestesia o analgesia, o para tratar condiciones del cuerpo (cuando se haya establecido la eficacia clínica para el tratamiento de dichas condiciones) mediante la inserción de agujas largas y delgadas en la piel.

Administrador de Reclamos. La persona o empresa empleada por el administrador del plan para prestar servicios administrativos al plan, que incluyen el procesamiento de reclamos. Si el administrador del plan no emplea a un administrador de reclamos, la empresa será el administrador de reclamos.

Administrador del Plan. Entidad responsable de las funciones cotidianas del Plan y de la incentivación de la participación en este. El Administrador del Plan puede emplear a otras personas o empresas para procesar los reclamos y prestar otros servicios.

Administrador Externo (Third Party Administrator, TPA). Proveedor de servicios contratado por el Plan para procesar reclamos y prestar otros servicios administrativos. El Administrador Externo no asume ninguna responsabilidad de pago de beneficios conforme a este Plan.

Aparato Ortopédico. Abrazadera, férula, yeso u otro aparato usado para sostener o contener una parte del cuerpo débil o deformada, que está diseñado para su uso reiterado, destinado a tratar o estabilizar la Enfermedad o Lesión de una Persona Cubierta o mejorar una función, y que generalmente no es útil para una persona en ausencia de una Enfermedad o Lesión.

Aparatos Auditivos. Tecnología amplificadora que optimiza la audibilidad y la capacidad de escuchar en los entornos habituales del paciente, incluido un instrumento o dispositivo portátil diseñado para ayudar o compensar las limitaciones auditivas humanas. El aparato auditivo incluirá todas las piezas o moldes para los oídos.

Atención de Custodia. Atención no médica brindada a una Persona Cubierta, como la administración de medicamentos y la asistencia con la higiene personal u otras Actividades de la Vida Diaria, en lugar de prestar servicios y tratamientos terapéuticos. Los servicios de Atención de Custodia pueden ser prestados de forma segura y adecuada por personas que no tienen la capacitación técnica de un proveedor de atención de la salud cubierto. La Atención de Custodia también consiste en la atención que se brinda cuando no se puede esperar razonablemente que el tratamiento médico activo reduzca una discapacidad o mejore la condición de una Persona Cubierta.

Atención de Salud en el Hogar. Programa formal de atención y tratamiento intermitente que: se proporciona en el hogar; es indicado por un Médico; consiste en tratamiento y atención intermitentes para la recuperación de la salud o la fuerza física según lo establecido en el plan de atención; es indicado en lugar de una estadía en un Hospital o un Centro de Atención Prolongada, o reduce la duración de la estadía en un Hospital o un Centro de Atención Prolongada; es organizado, está administrado y es supervisado por un Hospital o proveedores Calificados con licencia bajo la dirección de

un Médico; y es apropiado cuando no es razonable esperar que la Persona Cubierta obtenga servicios o suministros médicamente indicados fuera del hogar.

A efectos de la Atención de Salud en el Hogar, servicios de enfermería se refiere a la atención de enfermería en el hogar que brindan enfermeras registradas profesionales o enfermeras de práctica con licencia. Intermitente se refiere a la atención ocasional o segmentada, es decir, atención que no se brinda constante o ininterrumpidamente.

Atención de Urgencia. Prestación de servicios de atención ambulatoria en un centro que se dedica a prestar servicios de atención de la salud fuera del departamento de Emergencias de un Hospital, generalmente sin cita previa. Los centros de Atención de Urgencia se usan principalmente para tratar a pacientes que tienen Lesiones o Enfermedades que requieren atención inmediata, pero que no son tan graves como para justificar una visita a la sala de Emergencias. A menudo, los centros de Atención de Urgencia no están abiertos las 24 horas, como la sala de Emergencias de un Hospital, que está abierta en todo momento.

Atención Preventiva/de Rutina. Procedimiento estándar prescrito que es indicado por un Médico para evaluar la salud y el bienestar de la Persona Cubierta, realizar un examen para la posible detección de una Enfermedad o Lesión oculta, mejorar la salud de la Persona Cubierta o prolongar la esperanza de vida de la Persona Cubierta. Por lo general, un procedimiento es de rutina si no hay antecedentes personales de la Enfermedad o Lesión por la que se examina a la Persona Cubierta, excepto según lo exigido por la ley vigente. Los beneficios incluidos como Atención Preventiva/de Rutina se indican en el Plan de Beneficios y se pagarán sujetos a los límites o máximos detallados. El hecho de que una vacuna se considere Preventiva/de Rutina se basa en las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Atención Preventiva/de Rutina no incluye beneficios excluidos específicamente por este Plan, ni tratamiento después del diagnóstico de una Enfermedad o Lesión, excepto según lo exigido por la ley vigente.

Beneficio Máximo. Cantidad máxima o número máximo de días o tratamientos que se consideran Gastos Cubiertos conforme al Plan.

Calificado. Registrado, certificado o con licencia de acuerdo con las leyes estatales vigentes, y el servicio o tratamiento en particular que se presta está dentro del alcance del registro, la certificación o la licencia.

Cantidad Reconocida. En la determinación del Plan de la cantidad permitida pagadera por los servicios cubiertos sujetos a la Protección contra la Facturación del Saldo, es la cantidad en la que se basan los Copagos, la Participación del Plan y los Deducibles correspondientes para los siguientes servicios de salud cubiertos cuando son prestados por proveedores fuera de la red:

- Servicios de salud de Emergencia fuera de la red.
- Servicios de salud cubiertos que no son de Emergencia, recibidos en determinados centros de la red de parte de Médicos fuera de la red, cuando dichos servicios son Servicios Auxiliares o no Auxiliares para los que no se han cumplido con los criterios de aviso y consentimiento de la sección 2799B-2(d) de la Ley de Servicios Públicos. A los efectos de esta disposición, la expresión “determinados centros de la red” se limita a Hospitales (según se define en la sección 1861[e] de la Ley del Seguro Social), Departamentos para Pacientes Ambulatorios de Hospitales, Hospitales de acceso crítico (según se define en la sección 1861[mm][1] de la Ley del Seguro Social), centros de cirugía ambulatoria (según se describe en la sección 1833[i][1][A] de la Ley del Seguro Social) y cualquier otro centro especificado por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

La cantidad se basa en:

- un Modelo de Convenio para Todos los Pagadores, si se adopta,
- la ley estatal, o
- la menor de las siguientes cantidades: la cantidad de pago que califique según lo determine la ley vigente o la cantidad facturada por el proveedor o el centro.

La Cantidad Reconocida para los servicios de ambulancia aérea prestados por un proveedor fuera de la red se calculará según la menor de las siguientes cantidades: la cantidad de pago que califique según lo determine la ley vigente o la cantidad facturada por el proveedor de servicios de ambulancia aérea.

Nota: Cuando se usa la Cantidad Reconocida para determinar Su costo compartido por servicios de salud cubiertos, este puede ser más alto o más bajo que si se determinara según un Gasto Cubierto.

Centro Alternativo. Centro de cuidado de la salud que no es un Hospital y que presta uno o más de los siguientes servicios a Pacientes Ambulatorios, según lo permitido por la ley:

- Servicios quirúrgicos;
- Servicios de Emergencia; o
- Servicios terapéuticos, de rehabilitación, de laboratorio o de diagnóstico.

Centro de Atención Prolongada. Centro que incluye, pero no se limita a, un centro de enfermería especializada, de rehabilitación, de convalecencia o para condiciones subagudas. Es una institución o una parte designada de una institución que funciona de acuerdo con la ley para dicha institución y está bajo la supervisión a tiempo completo de un Médico o una enfermera registrada. Además, el Plan exige que el centro: preste servicios las 24 horas del día para incluir la atención de enfermería especializada y las terapias Medicamente Necesarias para la recuperación de la salud o la fuerza física; no sea un lugar principalmente para recibir Atención de Custodia; exija el pago de los servicios a sus pacientes; admita pacientes únicamente bajo las órdenes de un Médico; tenga un convenio para disponer de los servicios de un Médico cuando sea necesario; mantenga registros médicos adecuados para todos los pacientes; y tenga un convenio de derivación por escrito con al menos un Hospital, tenga la licencia del estado en el que funciona y preste los servicios a los que se aplica dicha licencia.

Centro de Maternidad. Institución o centro que funciona legalmente, tiene licencia y está equipado para prestar servicios inmediatos de atención prenatal, parto y atención posparto a la persona embarazada, bajo la dirección y supervisión de uno o más Médicos que se especializan en obstetricia o ginecología, o una enfermera partera certificada. Debe contar con enfermeras registradas o enfermeras parteras certificadas que presten atención de enfermería las 24 horas.

Centro Quirúrgico. Centro con licencia que está bajo la dirección de un plantel organizado de Médicos; cuenta con instalaciones equipadas y operadas principalmente con el fin de practicar procedimientos quirúrgicos; cuenta con los servicios permanentes de Médicos y de personal de enfermería profesional registrado siempre que un paciente esté en el centro; generalmente no presta servicios para Pacientes Hospitalizados u otras dependencias; y ofrece los siguientes servicios siempre que un paciente esté en el centro:

- Presta servicios de medicamentos según sea necesario para practicar operaciones y procedimientos médicos;
- Vela por el bienestar físico y emocional del paciente;
- Presta servicios de Emergencia;
- Tiene una estructura de administración organizada y mantiene registros médicos estadísticos.

Cirugía Reconstructiva. Procedimientos quirúrgicos realizados en estructuras anormales del cuerpo causadas por anomalías o Enfermedades congénitas, Accidente o Enfermedad. El hecho de que la apariencia física pueda cambiar o mejorar debido a una Cirugía Reconstructiva no clasifica a dicha cirugía como un Tratamiento Estético cuando existe una limitación física y la cirugía restablece o mejora la función.

Clínicas de Salud sin Cita Previa en Tiendas de Venta al por Menor. Clínicas de salud ubicadas en tiendas de venta al por menor, supermercados o farmacias que prestan una cantidad limitada de servicios clínicos o preventivos para tratar las enfermedades de rutina de la familia. Dichas clínicas deben funcionar de acuerdo con las normas locales y estatales vigentes y estar bajo la supervisión de un Médico, donde lo exija la ley.

COBRA. Título X de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985, con sus enmiendas ocasionales, y normas vigentes. Esta ley confiere a las Personas Cubiertas el derecho, en ciertas circunstancias, de elegir la continuación de la cobertura en el Plan cuando la cobertura activa termina debido a eventos que califican.

Concubinato. Pareja en la cual dos personas adultas se consideran casadas porque han vivido juntas durante un determinado tiempo, a pesar de que no tengan una acta o licencia ni hayan tenido una ceremonia formal, y cumplen los demás requisitos correspondientes del estado en el que se estableció el Concubinato.

Condición Médica. Síndrome o grupo de síntomas que no son atribuibles a una enfermedad específica ni a un diagnóstico médico claro.

Condición Ortognática. Desproporción ósea de la mandíbula (como cuando un maxilar es demasiado grande o demasiado pequeño, o está demasiado hacia adelante o demasiado hacia atrás). Una Condición Ortognática puede causar sobremordida, submordida o mordida abierta. Para corregir las desproporciones óseas de la mandíbula se puede practicar una cirugía ortognática.

Consejo Fiduciario. El Consejo Fiduciario establecido por el Convenio del Fideicomiso.

Contratista Independiente. Persona que firma un convenio con la empresa como Contratista Independiente, o una entidad o persona que presta servicios para la empresa o en nombre de esta que no es un Empleado ni un funcionario de la empresa, y que mantiene el control sobre la realización del trabajo. La empresa que contrata al Contratista Independiente solamente controla el resultado del trabajo y no la prestación del servicio contratado. La determinación en cuanto a que una persona o entidad sea o no un Contratista Independiente se tomará acuerdo con la Sección 530 del Código de Impuestos Internos.

Convenio del Fideicomiso. Convenio y Declaración del Fideicomiso por los que se estableció CEBT, el 9 de agosto de 1976, con sus modificaciones o enmiendas.

Copago. Cantidad que una Persona cubierta debe pagar cada vez que recibe servicios cubiertos, según lo descrito en el Plan de Beneficios, si corresponde.

Cuidado Paliativo de los Pies. Corte o extracción de callos o callosidades, a menos que se extraiga, como mínimo, parte de la raíz de la uña o a menos que sea necesario para tratar una enfermedad metabólica o vascular periférica; recorte de uñas; otro tipo de desbridamiento o cuidado de mantenimiento preventivo e higiénico, como el remojo de los pies y el uso de cremas para mantener el tono de la piel de las Personas Cubiertas, ya sea que deambulen o no; y servicios prestados en ausencia de una Enfermedad o Lesión localizada, o síntomas que afecten al pie.

Cuidados Paliativos. Programa de atención de la salud que presta una serie de servicios coordinados en el hogar, en centros para Pacientes Ambulatorios o en centros para Pacientes Hospitalizados para una Persona Cubierta que sufre una condición que tiene un pronóstico terminal. La atención de apoyo no curativa se brinda a través de un grupo interdisciplinario de personal. Un centro de cuidados paliativos debe cumplir con los estándares de la Organización Nacional de Centros de Cuidados Paliativos y contar con la licencia estatal correspondiente.

Deducible. Cantidad de dinero pagada una vez por Año del Plan por la Persona Cubierta (hasta un límite por familia, si corresponde) antes de que el Plan pague cualquier Gasto Cubierto. El Plan de Beneficios indica la cantidad del Deducible correspondiente (si lo hay) y los beneficios de atención de la salud a los que se aplica.

Dependiente. Consulte la sección de Elegibilidad e Inscripción de este Resumen de Descripción del Plan.

Determinación de Beneficios Adversa. Significa la denegación, reducción o cancelación de un beneficio, o la falta de pago, total o parcial, de un beneficio. También incluye cualquier tipo de denegación, reducción, cancelación, rescisión de la cobertura (haya o no, en relación con la decisión, un efecto adverso en cualquier beneficio particular en ese momento) o falta de pago que se base en una determinación de que la Persona Cubierta ya no es elegible para participar en el Plan.

Discapacidad del Aprendizaje. Grupo de trastornos que producen dificultades importantes en una o más de siete áreas, que incluyen: habilidades básicas de lectura, comprensión lectora, expresión oral, comprensión auditiva, expresión escrita, cálculos matemáticos y razonamiento matemático. Las Discapacidades del Aprendizaje Específicas se diagnostican cuando el rendimiento de la persona en pruebas estandarizadas en un área determinada es sustancialmente inferior al esperado para la edad, el nivel escolar y el cociente intelectual.

Disforia de Género. Trastorno caracterizado por los siguientes criterios diagnósticos clasificados en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana:

Criterios diagnósticos para adultos y adolescentes:

- Existe una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el género que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por al menos dos de las siguientes características:
 - Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes los caracteres sexuales secundarios previstos).
 - Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o, en los adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).
 - Un fuerte deseo de poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
 - Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
 - Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
 - Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto al que se le asigna).

La condición debe estar asociada a una angustia clínicamente significativa o un deterioro en el aspecto social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterios diagnósticos para niños:

- Existe una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el género que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por al menos seis de las siguientes características (una de las cuales debe ser el criterio que se indica en el primer punto de abajo):
 - Un fuerte deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que uno es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
 - En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado), una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
 - Una marcada preferencia por el rol del otro sexo en juegos imaginarios o de fantasía.
 - Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
 - Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
 - En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
 - Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
 - Un fuerte deseo de poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

La condición debe estar asociada a una angustia clínicamente significativa o un deterioro en el aspecto social, escolar o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Emergencia. Lesión o enfermedad que pondría en peligro o perjudicaría la salud de la Persona Cubierta de no ser tratada inmediatamente. Una Emergencia puede o no ser potencialmente mortal. Se considera que una condición es una situación de atención de Emergencia cuando surge una condición tan repentina y grave que una persona prudente podría prever razonablemente que, a menos que se brinde atención médica inmediata, la vida del paciente correría peligro o el paciente sufriría dolor intenso o una limitación grave en las funciones corporales. Los ejemplos de una situación de atención de Emergencia pueden incluir, pero no se limitan a: dolor de pecho; hemorragia; síncope; fiebre de 103 °F (39 °C) o más; presencia de un cuerpo extraño en la garganta, el ojo o una cavidad interna; o una reacción alérgica grave.

Empleado Jubilado/Jubilado. Persona que estuvo empleada a tiempo completo por la empresa, que ya no trabaja regularmente y que ahora se jubiló conforme al programa de jubilación formal de la empresa.

Empleado. Consulte la sección de Elegibilidad e Inscripción de este Resumen de Descripción del Plan.

Empresa. Empresa contribuyente a CEBT, que contrata al Empleado cubierto. La Empresa está obligada por un Convenio de Participación o un Contrato del Fideicomiso a realizar contribuciones al Plan o, de hecho, realiza una o varias contribuciones al Plan.

Enfermedad o Condición Potencialmente Mortal. Condición que probablemente cause la muerte dentro de un año a partir de la solicitud de tratamiento.

Enfermedad Terminal o Enfermo Terminal. Paciente con una esperanza de vida de aproximadamente seis meses.

Enfermedad. Trastorno corporal, afección, enfermedad física o mental, trastorno nervioso funcional, embarazo o complicación del embarazo. Cuando el término "Enfermedad" se usa en relación con un Hijo recién nacido, incluye, pero no se limita a, defectos congénitos y anomalías de nacimiento, incluido el nacimiento prematuro.

Enfermería de Práctica Privada (Private Duty Nursing, PDN). Atención continua y especializada de una enfermera registrada (registered nurse, RN) o enfermera de práctica con licencia (licensed practical nurse, LPN) bajo la dirección de un profesional calificado para una condición médica que requiere más de cuatro horas seguidas de atención especializada que se puede proporcionar de forma segura fuera de una institución. No incluye la atención brindada durante la internación en un Hospital, Centro de Atención Prolongada u otro centro para Pacientes Hospitalizados; la atención para ayudar con las Actividades de la Vida Diaria, que incluyen, pero no se limita a, vestirse, alimentarse, bañarse o trasladarse de una cama a una silla; ni Atención de Custodia.

Equipo Médico Duradero. Equipo que cumple con todos los criterios siguientes:

- Puede resistir el uso reiterado.
- Se usa principalmente para lograr un objetivo médico con respecto a una Enfermedad o Lesión.
- Generalmente no es útil para una persona en ausencia de una Enfermedad o Lesión.
- Es apropiado para su uso en el hogar de la Persona Cubierta.

Un implante coclear no se considera Equipo Médico Duradero.

Especialista. Médico u otro Proveedor Calificado, si corresponde, que trata condiciones médicas específicas. Por ejemplo, un neurólogo trata trastornos nerviosos, un gastroenterólogo trata problemas digestivos y un oncólogo trata a pacientes con cáncer. Los Médicos que no son considerados Especialistas incluyen, pero no se limitan a, los especificados en la definición de Médico de Atención Primaria más arriba.

Estudios por Imágenes Avanzados. Acción o proceso de producir una imagen de una parte del cuerpo mediante técnicas radiográficas que usan radiología de avanzada, como angiografía por resonancia magnética (MRA), imágenes por resonancia magnética nuclear (MRI), tomografías computarizadas (CT), tomografías por emisión de positrones (PET) y medicina nuclear.

Experimental, de Investigación o No Comprobado. Todo medicamento, servicio, suministro, atención o tratamiento que, en el momento en que se proporciona o se solicita, no está reconocido como que cumple con el ejercicio aceptado de la medicina o no es parte del ejercicio de la medicina estándar, seguro ni eficaz para una condición en particular. Esto incluye, pero no se limita a:

- Artículos dentro de la etapa Experimental o de Investigación del desarrollo; o servicios que se presten en, o artículos cuyo uso esté restringido a, estudios clínicos en Fase I, II o III (a menos que se identifiquen como servicios cubiertos en alguna otra parte);
- Artículos que no tengan evidencia sólida basada en estudios de investigación para permitir conclusiones o definir claramente el impacto y los efectos a largo plazo en los resultados de salud (es decir, que no hayan demostrado aún ser sistemáticamente eficaces para el diagnóstico o tratamiento de la condición específica para la cual se investigaron). La evidencia sólida basada en estudios de investigación se identifica como datos publicados revisados por colegas derivados de múltiples estudios clínicos grandes, controlados o aleatorios, en humanos O al menos uno o más estudios multicéntricos, nacionales grandes y controlados realizados en la población;
- Artículos basados en evidencia aislada y No Comprobada (bibliografía que consta únicamente de estudios de casos o ensayos no controlados), es decir, artículos que carezcan de validez científica, pero que puedan ser de uso corriente dentro de grupos determinados de profesionales médicos, aunque su seguridad y eficacia no se haya establecido claramente;

- Artículos que hayan demostrado, a través de evidencia basada en estudios de investigación, no ser eficaces para una condición médica o no tener un efecto beneficioso en los resultados de salud.

Nota: La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o Medicare no garantizan que un medicamento, suministro, atención o tratamiento se considere parte del ejercicio de la medicina aceptado; sin embargo, la falta de dicha aprobación será un factor que se tendrá en cuenta a la hora de determinar si un medicamento, servicio, suministro, atención o tratamiento se considera Experimental, de Investigación o No Comprobado. Para evaluar los reclamos de la atención oncológica, se tendrán en cuenta fuentes como: National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Compendium, Clinical Practice Guidelines in Oncology™ o las pautas del compendio del estándar de atención del Instituto Nacional del Cáncer (NCI) o documentación similar de otras organizaciones u organizaciones sucesoras, además de considerar los beneficios proporcionados por el Plan y los beneficios requeridos por la ley. Por otra parte, el uso no aprobado de un medicamento o dispositivo (solicitado para su uso fuera de las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos) está sujeto a revisión clínica para determinar si es apropiado según la bibliografía médica preponderante revisada por colegas, opiniones publicadas y evaluaciones realizadas por asociaciones médicas nacionales, paneles de consenso, organismos de evaluación de tecnología u organizaciones de revisión independiente para evaluar la calidad científica de la evidencia de respaldo.

Fecha de Inscripción. Significa:

- Para cualquier persona que solicite la cobertura cuando es elegible por primera vez, la fecha en que comienza la cobertura.
- Para cualquier persona que se inscriba conforme a la Disposición de Inscripción Especial o para Personas Inscritas Tardíamente, el primer día en que comienza la cobertura.

Fecha de Vigencia. El primer día de cobertura de este Plan según lo definido en este Resumen de Descripción del Plan. La Fecha de Vigencia de la Persona Cubierta puede o no ser la misma que su Fecha de Inscripción, ya que la Fecha de Inscripción es definida por el Plan.

Fideicomiso. CEBT, el patrocinador de este Plan de grupo.

Fiduciario Designado. CEBT, que tiene la autoridad para controlar y administrar la operación del plan, que fue establecido por el Convenio del Fideicomiso.

FMLA. Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA) de 1993, con sus enmiendas.

Gastos Cubierto. Gasto, o una porción de éste, que se Incurre como resultado de recibir un beneficio cubierto por este Plan. Los detalles sobre los Gastos Cubiertos correspondientes a servicios de atención de la salud sujetos a las protecciones de la Ley Federal sin Sorpresas se indican en la sección Protección contra la Facturación del Saldo de este Resumen de Descripción del Plan.

Hijo(s). Cualquiera de las siguientes personas con respecto a un Empleado: un Hijo biológico natural; un hijastro; un Hijo legalmente adoptado o un Hijo Puesto en Adopción legal; un Hijo bajo la Tutela Legal del Empleado o del cónyuge; un Hijo bajo guarda; un Hijo de una Pareja de Unión Civil; o un Hijo que se considera un beneficiario alternativo conforme a una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos (aunque no cumpla con la definición de “Dependiente”).

HIPAA. Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996, con sus enmiendas ocasionales, y normas vigentes. La ley confiere derechos de inscripción especial, prohíbe la discriminación y protege la privacidad de la información de salud protegida, entre otras cosas.

Hospital. Centro que:

- Es una institución con licencia autorizada para funcionar como Hospital por el estado en el que se encuentra; y
- Ofrece instalaciones terapéuticas y de diagnóstico para el tratamiento, diagnóstico médico o quirúrgico, y la atención de heridos y enfermos, a cuenta del paciente; y
- Cuenta con una plantilla de Médicos con licencia disponible en todo momento; y
- Está acreditado por una entidad de acreditación reconocida aprobada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o por una agencia estatal o federal, o si está fuera de los Estados Unidos, tiene licencia o está aprobado por el gobierno extranjero o por un organismo de acreditación o de emisión de licencias que trabaja en ese país extranjero; y

- Presta constantemente servicios de enfermería en las instalaciones las 24 horas, a cargo de o bajo la supervisión de una enfermera registrada; y
- No es un lugar principalmente para la atención de Custodia o de mantenimiento.

A efectos de este Plan, el término “Hospital” también incluye Centros Quirúrgicos y Centros de Maternidad con licencias emitidas por los estados en los que funcionan.

Incurrido. Fecha en la que se presta un servicio, se recibe un tratamiento, se recibe un suministro o se usa un centro, sin importar cuándo se lo facture, cobre o pague.

Internación. Período en que un paciente está internado en un Hospital durante al menos 15 horas consecutivas o período en que un paciente ocupa una cama en un centro de atención prolongada u otro centro de tratamiento calificado 24 horas consecutivas. Las internaciones sucesivas se consideran una sola si:

- Se deben a la misma lesión o enfermedad; y
- Si transcurren menos de 30 días consecutivos sin que el paciente esté internado.

Lesión. Discapacidad o daño físico corporal que es el resultado de un incidente específico causado por factores externos. La discapacidad o el daño físico corporal debe haber ocurrido en un momento y lugar identificable. El término “Lesión” no incluye Enfermedad ni infección de un corte o herida.

Manipulación. Acto, proceso o acción de manipular una parte del cuerpo mediante examen y tratamiento manual, como en la reducción de alteraciones de las relaciones estructurales por medios manuales o la reducción de fracturas o dislocaciones, o el desprendimiento de adherencias.

Medicamento Necesario/Necesidad por Razones Médicas. Servicios de atención de la salud prestados con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una Enfermedad, Lesión, enfermedad mental, trastorno por consumo de sustancias, condición o sus síntomas que generalmente cumplan con los siguientes criterios según lo determinemos nosotros o nuestra persona designada, a nuestro criterio exclusivo:

- Cumplen con los *Estándares Generalmente Aceptados del Ejercicio de la Medicina*; y
- Son clínicamente apropiados, en cuanto al tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración, y se consideran eficaces para Su Enfermedad, Lesión, enfermedad mental, trastorno por consumo de sustancias o sus síntomas; y
- No son principalmente para Su conveniencia o la de Su médico u otro proveedor de atención de la salud; y
- Es la atención, el suministro o el medicamento más apropiado que se puede proporcionar de forma segura al miembro y que tiene al menos la misma probabilidad que un servicio o secuencia de servicios alternativos de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes al diagnóstico o tratamiento de la Enfermedad, la Lesión, la condición o los síntomas del paciente.

El hecho de que un Médico haya prestado, recetado, recomendado, indicado o aprobado un servicio, plan de tratamiento, suministro, medicamento, equipo o centro, o que sea el único procedimiento o tratamiento disponible para una condición, no hace que la utilización del servicio, plan de tratamiento, suministro, medicamento, equipo o centro sea Medicamento Necesaria.

Estándares Generalmente Aceptados del Ejercicio de la Medicina son estándares que se basan en evidencia científica confiable publicada en bibliografía médica revisada por colegas, que son generalmente reconocidos por la comunidad médica pertinente y se basan principalmente en ensayos clínicos controlados o, si estos no están disponibles, en estudios observacionales de más de una institución que sugieren una relación causal entre el servicio o el tratamiento y los resultados de salud. Si no hay evidencia científica confiable disponible, se pueden tener en cuenta los estándares basados en las recomendaciones de sociedades médicas especializadas o los estándares profesionales de atención. Nos reservamos el derecho a consultar la opinión de expertos para determinar si los servicios de atención de la salud son Medicamento Necesarios. La decisión de aplicar las recomendaciones de la sociedad de especialidades Médicas, la elección de los expertos y la determinación de cuándo usar la opinión de tales expertos serán a nuestro criterio exclusivo.

UnitedHealthcare Clinical Services desarrolla y mantiene normas clínicas que describen la evidencia científica de los Estándares Generalmente Aceptados del Ejercicio de la Medicina, los estándares médicos y pautas clínicas imperantes como respaldo para nuestras determinaciones con respecto a los servicios específicos. Estas normas clínicas (según las desarrolle y modifique cada cierto tiempo UnitedHealthcare Clinical Services) están a disposición de las Personas Cubiertas por teléfono al número

que se encuentra en la tarjeta de identificación del Plan, y de los Médicos y otros profesionales de atención de la salud en www.UnitedHealthcareOnline.com.

Medicare. Programa de beneficios de atención médica ofrecido conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social, con sus enmiendas.

Médico de Atención Primaria. Médico que ejerce la medicina familiar, medicina general, medicina interna no especializada (es decir, uno que trabaja en una clínica de medicina familiar), pediatría, obstetricia/ginecología o el tratamiento de trastornos de salud mental/por consumo de sustancias, quiropráctico o asistente Médico/enfermera practicante, independientemente de la especialidad o el tipo de práctica. En general, estos Médicos prestan una amplia gama de servicios. Por ejemplo, los médicos de familia tratan una amplia variedad de condiciones de todos los miembros de la familia; los médicos generales brindan atención médica de rutina; los internistas tratan condiciones de rutina y complejas en adultos; y los pediatras tratan a niños. Todos los demás tipos de profesionales calificados se considerarán especialistas.

Médico. Cualquiera de los siguientes profesionales con licencia, que se desempeña dentro del alcance de su licencia en el estado en el que ejerce y presta servicios pagaderos por este Plan: doctor en medicina (doctor of medicine, MD); doctor en odontología (doctor of medical dentistry, DMD), incluido un cirujano oral; doctor en osteopatía (doctor of osteopathy, DO); doctor en podiatría (doctor of podiatry, DPM); doctor en cirugía dental (doctor of dental surgery, DDS); doctor en quiropráctica (doctor of chiropractic, DC); doctor en optometría (doctor of optometry, OPT). Sujeto a las limitaciones de abajo, el término "Médico" también incluye los siguientes tipos de profesionales: asistente médico (physician assistant, PA), enfermera practicante (nurse practitioner, NP), enfermera partera certificada (certified nurse midwife, CNM) o enfermera anestésista registrada y certificada (certified registered nurse anesthetist, CRNA), cuando y solo cuando, el profesional tiene la debida licencia, está registrado o certificado por el estado en el que ejerce, los servicios son prestados dentro del alcance de su licencia y los servicios son pagaderos por este Plan.

Obesidad Mórbida. Condición en la que se presenta exceso de peso que provoca un traumatismo físico; insuficiencias pulmonares y circulatorias; complicaciones relacionadas con el tratamiento de condiciones como aterosclerosis, diabetes, enfermedad coronaria, etc.; y sobrepeso de al menos cien libras (45 kg).

Paciente Ambulatorio. Atención médica, tratamiento, servicios o suministros recibidos en un centro en el cual un paciente no está registrado como paciente que ocupa una cama y por el que no se Incurren cargos de habitación y comida.

Paciente Hospitalizado. Paciente registrado que ocupa una cama y que usa y le cobran la habitación y comida en un Hospital. Una persona no se considera un Paciente Hospitalizado en ningún día en que se encuentre de licencia, o si se ha ido del Hospital, independientemente de que se le haya cobrado o no la habitación y comida. La observación en una sala de Hospital se considerará un tratamiento para Pacientes Hospitalizados si la duración de la observación excede las 72 horas.

Pareja de Unión Libre. Persona soltera del mismo sexo o del sexo opuesto con quien el Empleado cubierto comparte una relación formal, que es conjuntamente responsable del bienestar y las obligaciones financieras, tiene al menos 18 años, no tiene parentesco sanguíneo, mantiene la misma residencia y no está casada ni legalmente separada de nadie.

Pariente Cercano. Miembro de la familia directa. La familia directa incluye el Empleado, cónyuge, madre, padre, abuela, abuelo, madrastra, padrastro, abuelastra, abuelastro, hermana, hermano, hermanastra, hermanastro, medio hermana, medio hermano, Hija, Hijo, hijastra, hijastro, nieta, nieto.

Participación del Plan. Significa que la Persona Cubierta y el Plan pagan un porcentaje cada uno de los Gastos Cubiertos, según se indica en el Plan de Beneficios, después de que la Persona Cubierta paga los Deducibles.

Patrocinador del Plan. Empresa que patrocina un plan de salud de grupo.

Período de Espera. Período que debe pasar antes de que entre en vigencia la cobertura de un Empleado o Dependiente que es elegible para inscribirse conforme a las condiciones de este Plan. Consulte la sección Elegibilidad e Inscripción de este Plan para determinar si se aplica un Período de Espera.

Persona Cubierta. Empleado, Jubilado o Dependiente que está inscrito en este Plan.

Persona Inscrita Tardíamente. Persona que se inscribe en este Plan en una fecha fuera de las siguientes:

- La primera fecha en que la cobertura puede entrar en vigencia conforme a las condiciones de este Plan; o
- Una Fecha de Inscripción especial para la persona según lo definido por la HIPAA.

Persona Prudente. Persona con conocimientos promedio de salud y medicina que no tiene educación formal o especializada en el campo de la medicina.

Plan de Atención de Salud en el Hogar. Plan formal y por escrito elaborado por el Médico tratante de la Persona Cubierta, que se evalúa periódicamente. Debe indicar el diagnóstico, certificar que la Atención de Salud en el Hogar es en lugar de una Hospitalización y especificar el tipo y el alcance de la Atención de Salud en el Hogar requerido para el tratamiento de la Persona Cubierta.

Plan. Plan de Beneficios de Salud de Grupo de CEBT. Este Plan de beneficios según lo seleccionado por el Convenio del Fideicomiso. El término Plan incluye todos los planes de beneficios, documentos adjuntos y enmiendas al Plan. Los Planes anteriores, actuales y posteriores se considerarán un único Plan y no Planes separados y distintos. Este Resumen de Descripción del Plan proporciona una descripción del Plan.

Procedimientos Quirúrgicos Múltiples. Más de un procedimiento quirúrgico practicado durante el mismo período de anestesia.

Proveedor Calificado. Proveedor debidamente registrado o certificado por, o con la debida licencia de, el estado en el que ejerce, cuyo alcance de la práctica incluye el tratamiento o servicio en particular que se proporciona y que es pagadero por este Plan.

Proveedor de Cuidados Paliativos. Agencia u organización que cuenta con Cuidados Paliativos las 24 horas del día, los 7 días de la semana; está certificado por Medicare como Agencia de Cuidados Paliativos; y, si se requiere, tiene la licencia correspondiente emitida por la jurisdicción en la que está ubicado. El proveedor puede ofrecer servicios de enfermería especializada, servicios de trabajadores sociales médicos, psicoterapia y asesoramiento nutricional, servicios de Médicos, fisioterapia o terapia ocupacional, servicios de un auxiliar de salud en el hogar, servicios farmacéuticos y Equipo Médico Duradero.

Puesto en Adopción/Puesta en Adopción. Significa la asunción y retención de una obligación legal de la manutención total o parcial de un Hijo antes de la adopción de dicho Hijo. La Puesta en Adopción del Hijo con tal persona termina cuando finaliza dicha obligación legal.

QMCSO. Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos (QMCSO) de acuerdo con las leyes vigentes.

Receta. Orden autorizada por un profesional médico para un Medicamento de Venta con Receta o sin receta que podría ser un medicamento o suministro para la persona a quien se receta. La Receta debe cumplir con las normas y leyes vigentes, e identificar el nombre del profesional médico y el nombre de la persona a quien se receta. También debe identificar el nombre, la concentración, la cantidad y las instrucciones de uso del medicamento o suministro recetado.

Reembolso Razonable. Cantidad que el Plan determine que es el cargo razonable, con margen de variación del reembolso según el tipo de proveedor y la zona geográfica cuando sea adecuado de acuerdo con las condiciones del mercado.

Retraso del Desarrollo. Condiciones que se caracterizan por limitaciones en diversas áreas del desarrollo, como las habilidades de interacción social, la conducta de adaptación y las habilidades de comunicación. El Retraso del Desarrollo puede no tener necesariamente antecedentes de traumatismos en el nacimiento u otra Enfermedad que pudiera causar las limitaciones, como un problema de audición, una Enfermedad mental u otra Enfermedad o síntomas neurológicos.

Servicios Auxiliares. Servicios prestados en relación con la atención brindada para tratar una condición médica, ya sea programada o no, que incluyen, entre otros, los siguientes: cirugía, anestesia, pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos o de estudios por imágenes. Este término también incluye los servicios del Médico tratante o del cirujano principal en caso de una Emergencia médica. Con respecto a la sección Protección contra la Facturación del Saldo, los Servicios Auxiliares se refieren a artículos y servicios prestados por Médicos fuera de la red en centros de la red que estén relacionados con medicina de Emergencia, anestesiología, patología, radiología, neonatología, servicios de laboratorio o servicios de diagnóstico; prestados por cirujanos asistentes, hospitalistas e intensivistas; o prestados por un Médico fuera de la red cuando no hay un Médico de la red disponible.

Servicios Pediátricos. Servicios prestados a personas menores de 19 años.

Tarifa Negociada. Cantidad que los proveedores han contratado para aceptar como pago total por los Gastos Cubiertos del Plan.

Telemedicina. Servicios clínicos prestados a pacientes a través de comunicaciones electrónicas con un proveedor.

Telesalud. Práctica de prestación de atención de la salud, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de datos médicos y educación mediante el uso de comunicaciones interactivas de audio, video o datos, y que factura un Médico.

Totalmente Discapitado. Significa, según lo determine el Plan a su exclusivo criterio:

- Que un Empleado está imposibilitado de tener cualquier tipo de ocupación o trabajo remunerado o lucrativo para el cual el Empleado está calificado por su educación, capacitación o experiencia; o
- Que un Dependiente cubierto ha sido diagnosticado con un trastorno físico, psiquiátrico o del desarrollo, o alguna combinación de éstos y, como resultado, no puede realizar las Actividades de la Vida Diaria ni actividades lucrativas sustanciales que una persona del mismo sexo y edad que goza de buena salud puede realizar, lo que impide a la persona ser autosuficiente.

El diagnóstico de una o más de las siguientes condiciones no se considera una prueba de discapacidad total. Las condiciones están incluidas en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana o en la actualización más reciente del manual de Clasificación Internacional de Enfermedades - Modificación Clínica (ICD-CM) en las siguientes categorías:

- Trastornos de la personalidad; o
- Trastornos de la conducta y del control de impulsos; o
- Códigos "Z".

Transporte en Ambulancia. Transporte en Ambulancia profesional terrestre o aérea en una situación de Emergencia, o cuando se considere Médicamente Necesario, que es:

- Al centro más cercano capaz de proporcionar el tratamiento especializado requerido; y
- El medio de transporte más apropiado para Su bienestar o el de Su Dependiente.

Consulte la sección Protección contra la Facturación del Saldo de este Resumen de Descripción del Plan para conocer los requisitos específicos de la Ley sin Sorpresas para las ambulancias aéreas.

Trastorno de la Articulación Temporomandibular. Trastorno de las articulaciones de la mandíbula o partes asociadas que produce dolor o impide que la mandíbula funcione correctamente.

Trastorno de Salud Mental. Síndrome que está presente en una persona y que causa un trastorno clínicamente significativo en la conducta, la regulación de emociones o el funcionamiento cognitivo. Se considera que estos trastornos reflejan una disfunción en los procesos biológicos, psicológicos o del desarrollo que son necesarios para el funcionamiento mental.

Tratamiento de la Infertilidad. Servicios, exámenes, suministros, dispositivos o medicamentos destinados a estimular la fertilidad, concebir un embarazo o tratar una Enfermedad que está causando la infertilidad, cuando dicho tratamiento se realice con la intención de lograr un embarazo.

A efectos de esta definición, Tratamiento de la Infertilidad incluye, pero no se limita a, pruebas y medicamentos para la fertilidad; pruebas y exámenes realizados para preparar al paciente para la concepción inducida; reversión quirúrgica de una esterilización producida por una cirugía previa; procedimientos para mejorar la calidad o la cantidad de espermatozoides; intentos directos de causar un embarazo por cualquier medio, lo que incluye, pero no se limita a, tratamiento hormonal o con medicamentos; inseminación artificial, fertilización in vitro; transferencia intratubárica de gametos (GIFT) o transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT); transferencia de embriones; y congelamiento o almacenamiento de embriones, óvulos o semen.

Tratamiento Estético. Procedimientos médicos o quirúrgicos que se usan principalmente para mejorar, alterar o realzar el aspecto, ya sea o no por razones emocionales o psicológicas.

Tutela Legal/Tutor Legal. Persona reconocida por un tribunal de justicia como quien tiene la obligación de cuidar a una persona y de administrar los bienes y derechos de dicha persona.

Usted/Su. El Empleado. Todos Sus Dependientes, a menos que se indique lo contrario.

Usual y Habitual. Cantidad que el Plan determina que es el cargo razonable por servicios, tratamientos o materiales comparables en un Área Geográfica. Para determinar si los cargos son Usuales y Habituales, se dará la debida consideración a la naturaleza y la gravedad de la condición que se tratará y a las complicaciones médicas o circunstancias inusuales o atenuantes. **Área Geográfica.** Área de código postal, o área metropolitana si el Plan determina que es necesario para encontrar una zona útil y apropiada de datos precisos.

DISPOSICIONES GENERALES

El objetivo de las siguientes disposiciones es proteger Sus derechos legales y los derechos legales del Plan.

BENEFICIARIOS ALTERNATIVOS

Si una orden judicial exige a una Persona Cubierta que proporcione cobertura de atención de la salud a un Hijo Dependiente, se le debe proporcionar la cobertura. Es posible que la cobertura no esté sujeta a requisitos del Plan como: custodia; estado civil del padre o de la madre; inclusión en la declaración de impuestos; o 50% de apoyo. Los períodos de inscripción y otros límites similares sobre la elegibilidad de los Dependientes también se anulan para ese hijo. Si la Persona Cubierta no inscribe al Hijo en el Plan, el Plan debe reconocer el derecho del Hijo a ser inscrito. El padre que tiene la custodia o el tutor legal del Hijo puede ejercer este derecho. El Departamento de Salud y Servicios Sociales también puede ejercer este derecho.

El Hijo se considerará como un Empleado del Plan a efectos de recibir información sobre este. El padre que tiene la custodia o el tutor legal puede tener este derecho en nombre del hijo. El Departamento de Salud y Servicios Sociales también tendrá este derecho. Deben recibir toda la información necesaria para inscribirse en el Plan y recibir los beneficios de este. Deben recibir una copia del Resumen de Descripción del Plan (SPD). El Plan debe realizar todos los pagos al hijo o al proveedor del servicio. El pago también se puede realizar al padre que tiene la custodia, al tutor legal o al Departamento de Salud y Servicios Sociales.

Una orden judicial no dará derecho al Hijo a ningún beneficio ni cobertura que no ofrezca ya el Plan.

ENMIENDAS AL PLAN O CANCELACIÓN DEL PLAN

La Empresa puede enmendar los beneficios del Plan y cancelarlo en cualquier momento. Esta comunicará inmediatamente cualquier cambio en el Plan a las personas cubiertas por este.

Si se cancela el Plan, se limitan los derechos a los beneficios de las Personas Cubiertas. Solamente se pagarán los reclamos incurridos y pagaderos antes de la fecha de cancelación. Los bienes del Plan se destinarán al beneficio exclusivo de las Personas Cubiertas. Todos los impuestos y gastos del Plan se pueden pagar con los bienes del Plan.

CESIÓN

Cualquier cesión se aplicará únicamente si el proveedor reembolsará los pagos realizados por error. El Plan no certifica la vigencia ni validez legal de ninguna cesión.

CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES

Si alguna parte de este Plan entra en conflicto con alguna ley que se aplique al Plan, por el presente documento se enmienda para cumplir con dicha ley.

CONTRIBUCIONES AL PLAN

El Plan se financia mediante las contribuciones de la Empresa y de los Empleados cubiertos.

Todos los fondos que contribuyan los Empleados se aplicarán a los gastos del Plan tan pronto como sea razonablemente posible. Los fondos excedentes se usan para pagar reclamos. La Empresa fija la cantidad que deben contribuir los Empleados. La Empresa se reserva el derecho a modificar dichas contribuciones. Todas las contribuciones de los Empleados se establecen sin ningún tipo de discriminación.

COBERTURA FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Los servicios serán pagaderos al Nivel 2 de beneficios.

Una Persona Cubierta que reciba servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios es responsable de asegurarse de que se pague al proveedor. Si un proveedor no coordina el pago directamente con el Plan, la Persona Cubierta tendrá que pagar el reclamo por adelantado y luego enviar el reclamo al Plan a fin de recibir un reembolso. El Plan reembolsará a la Persona Cubierta la cantidad cubierta en moneda estadounidense. La cantidad reembolsada se basará en la tasa de cambio estadounidense que esté en vigencia en la fecha en que la Persona Cubierta pagó el reclamo, o en la fecha del servicio, si se desconoce la fecha de pago. Los Gastos Cubiertos permitidos por el Plan serán pagaderos según lo indicado en el Plan de Beneficios.

Consulte la sección de exclusiones para obtener información específica sobre los tratamientos fuera de los Estados Unidos que no estarán cubiertos por el Plan.

FALTA DE APLICACIÓN LAS DISPOSICIONES DEL PLAN

El hecho de que el Plan no haga valer alguna de sus disposiciones no afectará al derecho de hacer valer dicha disposición en el futuro. ni al derecho a hacer valer cualquier otra disposición del Plan.