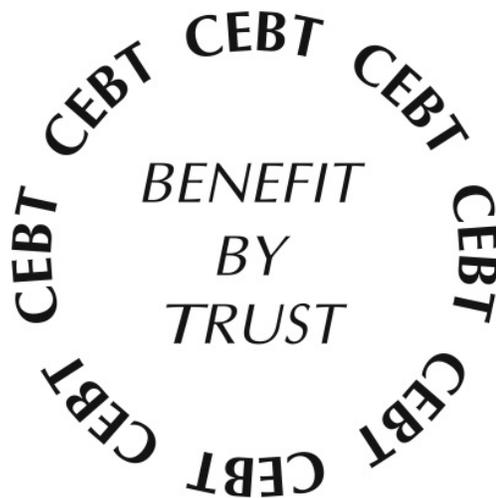


CEBT

Plan de Beneficios Médicos de la Organización de Proveedores Exclusivos (EPO)

Modificado: 1 de julio de 2021



CAMBIOS EN LOS REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN

Usted debe informar **CUALQUIER CAMBIO EN LOS REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN** a *Su Empleador* lo antes posible. Los cambios en los requisitos de participación incluyen:

- ◆ Matrimonio o divorcio
- ◆ Muerte de cualquier *Dependiente*
- ◆ Nacimiento o adopción de un hijo
- ◆ Hijo *Dependiente* que cumple la edad límite
- ◆ Discapacidad total
- ◆ Jubilación
- ◆ Requisitos de participación en *Medicare*

Para obtener detalles específicos sobre cómo mantener la cobertura del Plan, consulte la SECCIÓN 3: REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN.

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA
INTENCIONAL**

ÍNDICE

SECCIÓN 1 BENEFICIOS MÉDICOS

LISTA DE BENEFICIOS	1-1
REQUISITOS DE PREAUTORIZACIÓN	1-1
BENEFICIOS MÉDICOS	1-5
INFORMACIÓN SOBRE LA RED DE LA ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS	1-26
CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO MÉDICO	1-27
CARGOS MÉDICOS VARIOS	1-27
PAGO DE RECLAMOS	1-27
LÍMITES PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS	1-27
BENEFICIOS MÉDICOS	1-28
INFORMACIÓN SOBRE COPAGOS	1-28
REQUISITOS DE PREAUTORIZACIÓN	1-29
CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA	1-29
REQUISITOS DE PREAUTORIZACIÓN	1-29
EXENCIÓN DE AVISO POR COBERTURA SECUNDARIA	1-29
SEGUNDA OPINIÓN	1-29
PROGRAMA COMPLEX CONDITION CARE (ADMINISTRACIÓN DE CASOS)	1-29
PROGRAMA MATERNITY CARE (MANEJO DE LA MATERNIDAD)	1-30
REVISIÓN DE FACTURA DE HOSPITAL	1-30
GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	1-31
BENEFICIO HOSPITALARIO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	1-31
BENEFICIOS DE PROFESIONALES CALIFICADOS	1-31
BENEFICIO DE BIENESTAR	1-32
BENEFICIO HOSPITALARIO PARA PACIENTES AMBULATORIOS	1-34
BENEFICIO DE CENTROS DE CUIDADO DE URGENCIA	1-34
CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA O CENTRO QUIRÚRGICO AUTÓNOMO	1-34
RADIOGRAFÍAS Y PRUEBAS DE LABORATORIO	1-34
BENEFICIO DE SERVICIOS DE AMBULANCIA	1-34
BENEFICIO DE EMBARAZO	1-34
BENEFICIO DE EMBARAZO (CONTINUACIÓN)	1-35
BENEFICIOS PARA RECIÉN NACIDOS	1-35
BENEFICIO DE MATERNIDAD	1-35
CENTRO DE CUIDADO PROLONGADO	1-35
BENEFICIO DE CUIDADO DE LA SALUD A DOMICILIO	1-35
BENEFICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS	1-36
BENEFICIO POR TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS Y ALCOHOLISMO	1-38
OTROS GASTOS CUBIERTOS	1-39

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES	1-47
TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS	1-47
SERVICIOS DENTALES	1-47
MEDICAMENTOS	1-47
SERVICIOS EXPERIMENTALES O NO COMPROBADOS	1-48
APARIENCIA FÍSICA	1-48
PROVEEDORES	1-49
REPRODUCCIÓN	1-49
SALUD GENERAL Y DE RUTINA	1-50
SERVICIOS CONFORME A OTRO PLAN	1-50
OTROS	1-50
TARJETA DE MEDICAMENTOS CON RECETA	1-52

SECCIÓN 2 DEFINICIONES

DEFINICIONES	2-2
---------------------	------------

SECCIÓN 3 REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN

REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN Y FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA	3-1
COBERTURA DEL EMPLEADO	3-1
COBERTURA DE DEPENDIENTES	3-1
DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL CONFORME A LA LEY DE PORTABILIDAD Y	
RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA)	3-2
PLAN DE SALUD INFANTIL ESTATAL O DE MEDICAID	3-4
COBERTURA PARA JUBILADOS	3-4
PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL	3-4
DISPOSICIÓN SOBRE TRANSFERENCIA CONYUGAL	3-6
CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS	3-6
DISPOSICIONES ESPECIALES POR NO ESTAR ACTIVO EN EL TRABAJO	3-7
CONTINUACIÓN PARA SOBREVIVIENTES	3-7
CANCELACIÓN DE LA COBERTURA	3-8
LEY DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR (FMLA)	3-9
REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADO	3-9
TIPOS DE LICENCIA	3-9
RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA AL REINCORPORARSE AL TRABAJO	3-10
DEFINICIONES	3-11
LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y RECONTRATACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS	
SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)	3-12
CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DURANTE UNA LICENCIA MILITAR	3-12
RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA DESPUÉS DE UNA LICENCIA MILITAR	3-12
CONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS	3-13
LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA CONSOLIDADA (COBRA)	3-13
AVISO ESPECIAL	3-18

SECCIÓN 4 INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

INFORMACIÓN DESCRIPTIVA DEL PLAN	4-1
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	4-2
DERECHO A SUBROGACIÓN, REEMBOLSO Y COMPENSACIÓN	4-5
DISPOSICIONES GENERALES	4-9
RECEPTORES ALTERNATIVOS	4-9
ENMIENDAS AL PLAN O CANCELACIÓN DEL PLAN	4-9
CESIÓN	4-9
CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES	4-9
CONTRIBUCIONES AL PLAN	4-9
COBERTURA FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS	4-10
FACULTAD DISCRECIONAL	4-10
FALTA DE APLICACIÓN DE DISPOSICIONES DEL PLAN	4-10
FRAUDE	4-10
LIBRE ELECCIÓN DE PROVEEDORES	4-11
INTERPRETACIÓN	4-11
ACCIONES LEGALES	4-11
PAGO DE RECLAMOS	4-11
EXAMEN MÉDICO	4-12
PRIVACIDAD	4-12
PRONOMBRES	4-12
PROTECCIÓN FRENTE A ACREEDORES	4-13
DERECHO A INFORMACIÓN NECESARIA	4-13
DERECHO A RECUPERACIÓN	4-13
SEGURIDAD	4-13
DECLARACIONES	4-14
PLAZOS PARA LA DETERMINACIÓN DE RECLAMOS	4-14
EL SEGURO DE ACCIDENTES LABORALES NO SE VE AFECTADO	4-16
PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN DE RECLAMOS	4-16
PROGRAMA FEDERAL DE REVISIÓN EXTERNA	4-19

SECCIÓN 1 BENEFICIOS MÉDICOS

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA
INTENCIONAL**

NOTA: UMR, Inc. es el *Administrador de Reclamos* del *Plan*. El *Administrador de Reclamos* presta servicios administrativos y de procesamiento de reclamos al *Plan*. El *Administrador de Reclamos* no es financieramente responsable de financiar o de pagar los reclamos procesados conforme al *Plan*, ni el *Administrador de Reclamos* es fiduciario de este *Plan*.

LISTA DE BENEFICIOS

REQUISITOS DE PREAUTORIZACIÓN

La compañía de Administración de la Utilización (Utilization Management, UM) que figura en *Su* tarjeta de ID administrará los requisitos de *Preautorización* de *Su Plan*. *Usted* debería llamar a la compañía de Administración de la Utilización lo antes posible para recibir la *Preautorización* correspondiente. Sin embargo, *Usted* debe llamar dentro de los plazos que se indican a continuación. El número gratuito de la compañía de Administración de la Utilización se encuentra en el reverso de *Su* tarjeta de ID.

PREAUTORIZACIÓN	MULTA POR INCUMPLIMIENTO	RESUMEN	PÁGINA DEL TEXTO
Hospital para pacientes hospitalizados	Ninguna	<i>Usted</i> debe llamar a la compañía de Administración de la Utilización al menos cinco días antes de cualquier admisión como paciente hospitalizado que no sea de <i>Emergencia</i> . Todas las admisiones como paciente hospitalizado, excepto las admisiones de maternidad que no excedan las 48 horas de un parto vaginal normal o las 96 horas de un parto por cesárea, deben ser autorizadas. Si la admisión es por una <i>Emergencia</i> , se debe notificar a la compañía de Administración de la Utilización dentro de las 48 horas o el segundo día hábil después de <i>Su</i> admisión.	1-29
Centro de Cuidado Prolongado o centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados	Ninguna	<i>Usted</i> debe llamar a la compañía de Administración de la Utilización al menos cinco días antes de cualquier admisión que no sea de <i>Emergencia</i> . Si la admisión es por una <i>Emergencia</i> , se debe notificar a la compañía de Administración de la Utilización dentro de las 48 horas o el segundo día hábil después de <i>Su</i> admisión.	1-29

PREAUTORIZACIÓN	MULTA POR INCUMPLIMIENTO	RESUMEN	PÁGINA DEL TEXTO
Trasplante de órganos	Ninguna	<i>Usted</i> debe llamar a la compañía de Administración de la Utilización en cuanto se entere de la posible necesidad de un trasplante de órganos. En todos los casos, se debe emitir una <i>Preautorización</i> antes de la evaluación inicial para un trasplante.	1-29
Procedimientos quirúrgicos para Pacientes Ambulatorios No incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Cirugías endoscópicas (es decir, colonoscopia, sigmoidoscopia, etc.) 	Ninguna	<i>Usted</i> debe llamar a la compañía de Administración de la Utilización al menos cinco días antes de cualquier procedimiento quirúrgico para Pacientes Ambulatorios. Si <i>Su</i> cirugía como Paciente Ambulatorio es por a una <i>Emergencia</i> , se debe notificar a la compañía de Administración de la Utilización dentro de las 48 horas o el segundo día hábil después de <i>Su</i> admisión. Tenga en cuenta que las biopsias para Pacientes Ambulatorios no requieren Preautorización.	1-29
Servicios para radiología	Ninguna	<i>Usted</i> debe llamar a la compañía de Administración de la Utilización al menos cinco días antes de cualquiera de los siguientes exámenes radiológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Tomografía computarizada (computerized tomography, CT) • Angiografía por resonancia magnética (magnetic resonance angiography, MRA) • Medicina nuclear, imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) • Tomografía por emisión de positrones (positron emission tomography, PET) • Haz de protones • Tomografía por emisión monofotónica (single photon emission computed tomography, SPECT) 	1-29

PREAUTORIZACIÓN	MULTA POR INCUMPLIMIENTO	RESUMEN	PÁGINA DEL TEXTO
Otros servicios y tratamiento	Ninguna	<p><i>Usted</i> debe llamar a la compañía de Administración de la Utilización al menos cinco días antes de recibir cualquiera de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación cardíaca • Fisioterapia, terapia ocupacional, acuática y del habla • Anestesia dental • Equipo médico duradero (costo de compra de \$1500 o más, o costo de alquiler de \$500 o más) • Contrapulsación externa sincronizada (enhanced external counterpulsation, EECp) (un tipo de tratamiento cardíaco) • Cuidado de la salud a domicilio • Cámara hiperbárica • Medicamentos inyectables y terapia de infusión a domicilio (no incluye inyecciones para las alergias) • Oxígeno líquido • Ortesis que cuesten \$500 o más • Programas para el manejo del dolor • Rehabilitación pulmonar • Estudios del sueño • Desfibriladores • Ningún servicio nuevo que pueda considerarse experimental • Quimioterapia relacionada con el tratamiento del cáncer. Esto se aplicará a cualquier tratamiento iniciado a partir de 7/1/2019 	1-29

PREAUTORIZACIÓN	MULTA POR INCUMPLIMIENTO	RESUMEN	PÁGINA DEL TEXTO
Ambulancia aérea	Ninguna	<i>Usted</i> debe llamar a la compañía de Administración de la Utilización al menos cinco días antes de cualquier transporte programado por ambulancia aérea. Si el transporte en ambulancia aérea es por una <i>Emergencia</i> , se debe notificar a la compañía de Administración de la Utilización dentro de las 48 horas o el segundo día hábil después de <i>Su</i> transporte en ambulancia aérea.	1-29
Ensayos clínicos que califican	Ninguna	<i>Usted</i> debe llamar a la compañía de Administración de la Utilización al menos 24 horas antes de comenzar un ensayo clínico que califica.	1-29
Revisión de factura de Hospital	Ninguna	Si descubre un error de facturación del <i>Hospital</i> , infórmelo al <i>Plan</i> . Como recompensa, <i>Usted</i> recibirá el 50% de la cantidad del error, pero no más de \$2,500.	1-30

Lista de Beneficios (continuación)

BENEFICIOS MÉDICOS

Máximo una vez en la vida del Plan (se aplica a todas las opciones de *Planes*): Sin límite

BENEFICIOS MÉDICOS DEL PLAN EPO 3	EL PLAN PAGA	USTED PAGA	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Deducible por <i>Año Calendario</i>			El Plan <i>EPO</i> no tiene un deducible. Ciertos <i>Gastos Cubiertos</i> están sujetos a un copago. El copago se aplica por servicio. Para obtener información sobre los copagos, consulte la sección <i>Gastos Cubiertos</i> de la Lista de Beneficios.	
Coseguro individual por <i>Año Calendario</i>	100%	0%	Después de cualquier copago que corresponda, se aplica el coseguro.	
Límite de gastos de Su bolsillo por <i>Año Calendario</i> Individual Familiar		\$5,000 \$10,000	Representa el total pagado por copagos y gastos de farmacia. Después de esto, el <i>Plan</i> paga el 100% de los <i>Gastos Cubiertos</i> , sujetos a cualquier máximo. El máximo familiar se calcula en dólares de forma combinada para todas las <i>Personas Cubiertas</i> de la familia. Ninguna <i>Persona Cubierta</i> incurrirá en más que el máximo individual mostrado.	1-28
Todos los <i>Gastos Cubiertos</i> conforme al <i>Plan</i> son pagaderos al cargo <i>Habitual, Usual y Razonable</i> del <i>Plan</i> .				

Lista de Beneficios (continuación)

BENEFICIOS MÉDICOS DEL PLAN EPO 4	EL PLAN PAGA	USTED PAGA	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Deducible por <i>Año Calendario</i>			El Plan <i>EPO</i> no tiene un deducible. Ciertos <i>Gastos Cubiertos</i> están sujetos a un copago. El copago se aplica por servicio. Para obtener información sobre los copagos, consulte la sección <i>Gastos Cubiertos</i> de la Lista de Beneficios.	
Coseguro individual por <i>Año Calendario</i>	100%	0%	Después de cualquier copago que corresponda, se aplica el coseguro.	
Límite de gastos de Su bolsillo por <i>Año Calendario</i> Individual Familiar		\$5,500 \$11,000	Representa el total pagado por copagos y gastos de farmacia. Después de esto, el <i>Plan</i> paga el 100% de los <i>Gastos Cubiertos</i> , sujetos a cualquier máximo. El máximo familiar se calcula en dólares de forma combinada para todas las <i>Personas Cubiertas</i> de la familia. Ninguna <i>Persona Cubierta</i> incurrirá en más que el máximo individual mostrado.	1-28
Todos los <i>Gastos Cubiertos</i> conforme al <i>Plan</i> son pagaderos al cargo <i>Habitual, Usual y Razonable</i> del <i>Plan</i> .				

Lista de Beneficios (continuación)

BENEFICIOS MÉDICOS DEL PLAN EPO 5	EL PLAN PAGA	USTED PAGA	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Deducible por <i>Año Calendario</i>			El Plan <i>EPO</i> no tiene un deducible. Ciertos <i>Gastos Cubiertos</i> están sujetos a un copago. El copago se aplica por servicio. Para obtener información sobre los copagos, consulte la sección <i>Gastos Cubiertos</i> de la Lista de Beneficios.	
Coseguro individual por <i>Año Calendario</i>	100%	0%	Después de cualquier copago que corresponda, se aplica el coseguro.	
Límite de gastos de Su bolsillo por <i>Año Calendario</i> Individual Familiar		\$6,000 \$12,000	Representa el total pagado por copagos y gastos de farmacia. Después de esto, el <i>Plan</i> paga el 100% de los <i>Gastos Cubiertos</i> , sujetos a cualquier máximo. El máximo familiar se calcula en dólares de forma combinada para todas las <i>Personas Cubiertas</i> de la familia. Ninguna <i>Persona Cubierta</i> incurrirá en más que el máximo individual mostrado.	1-28
Todos los <i>Gastos Cubiertos</i> conforme al <i>Plan</i> son pagaderos al cargo <i>Habitual, Usual y Razonable</i> del <i>Plan</i> .				

Lista de Beneficios (continuación)

BENEFICIOS MÉDICOS DEL PLAN EPO 6	EL PLAN PAGA	USTED PAGA	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Deducible por <i>Año Calendario</i>			El Plan <i>EPO</i> no tiene un deducible. Ciertos <i>Gastos Cubiertos</i> están sujetos a un copago. El copago se aplica por servicio. Para obtener información sobre los copagos, consulte la sección <i>Gastos Cubiertos</i> de la Lista de Beneficios.	
Coseguro individual por <i>Año Calendario</i>	100%	0%	Después de cualquier copago que corresponda, se aplica el coseguro.	
Límite de gastos de Su bolsillo por <i>Año Calendario</i> Individual Familiar		\$6,500 \$13,000	Representa el total pagado por copagos y gastos de farmacia. Después de esto, el <i>Plan</i> paga el 100% de los <i>Gastos Cubiertos</i> , sujetos a cualquier máximo. El máximo familiar se calcula en dólares de forma combinada para todas las <i>Personas Cubiertas</i> de la familia. Ninguna <i>Persona Cubierta</i> incurrirá en más que el máximo individual mostrado.	1-28
Todos los <i>Gastos Cubiertos</i> conforme al <i>Plan</i> son pagaderos al cargo <i>Habitual, Usual y Razonable</i> del <i>Plan</i> .				

Disposiciones de EPO (aplicable a todas las opciones de Planes)

Los gastos se deben recibir de un proveedor de *EPO* para que se consideren *Gastos Cubiertos* en este *Plan*. Los gastos recibidos de un proveedor que no sea de *EPO* no estarán cubiertos, **excepto**:

1. Por cuidado de ambulancia;
2. Si necesita cuidado médico de *Emergencia*, incluido el transporte en ambulancia relacionado con *Su* tratamiento de *Emergencia*;
3. Recibe tratamiento que es un *Gasto Cubierto* de un proveedor de *EPO* y como resultado de ese tratamiento, se incurre en un *Gasto Cubierto* de un proveedor que no es de *EPO*. Esto incluye un médico que trabaja en un centro cuyo consultorio está ubicado en el departamento para *Pacientes Ambulatorios* de un *Hospital* que no es de *EPO*;
4. *Usted* no tiene acceso a un proveedor de *EPO* dentro de un radio de 50 millas de *Su* lugar de residencia primario. Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, según lo permitido por el *Plan*, no están incluidos en esta disposición;
5. Pruebas de laboratorio (cuando se reciben en una visita al consultorio o en un centro hospitalario para *Pacientes Ambulatorios*);

6. Vacunas antigripales;
7. Exámenes de la vista de rutina, incluido el cargo de refracción relacionada;
8. Gastos de beneficios de bienestar, según lo indicado en la página 1-32 de este *Plan*; o
9. Aparatos Auditivos para *Personas Cubiertas* mayores de 18 años.

Tenga en cuenta que, aunque los reclamos sean pagaderos al nivel de beneficios de *EPO*, *Usted* será responsable de cualquier cantidad que exceda el cargo *Habitual, Usual y Razonable*.

Médico de Cuidado Primario (PCP) o especialista (aplicable a todas las opciones de Planes)

Médico de Cuidado Primario (Primary Care Physician, PCP) incluye medicina familiar, medicina general, medicina interna, enfermera especialista, pediatra, obstetricia y ginecología, asistente médico, cuidado quiropráctico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla, terapeuta respiratorio, osteópata y proveedores de servicios para la salud mental o el abuso de sustancias. Todos los demás tipos de *Profesionales Calificados* se considerarán especialistas.

Copagos

Solamente se aplicará un copago por proveedor en la misma fecha de servicio. Si se podrían aplicar varios copagos, se aplicará el copago más alto.

Lista de Beneficios (continuación)

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Beneficio hospitalario para pacientes hospitalizados Plan EPO 3 Plan EPO 4 Plan EPO 5 Plan EPO 6	Copago de \$1,000 por <i>Internación</i> , luego el 100% Copago de \$1,500 por <i>Internación</i> , luego el 100% Copago de \$2,500 por <i>Internación</i> , luego el 100% Copago de \$3,00 por <i>Internación</i> , luego el 100%	Habitación semiprivada y comida, cuidados intensivos o cuidado coronario y cargos varios. Se requiere <i>Preautorización</i> . Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2.	1-31

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
<p>Beneficio de servicios en el consultorio de un Profesional Calificado</p> <p>Plan EPO 3</p> <p>Plan EPO 4</p> <p>Plan EPO 5</p> <p>Plan EPO 6</p>	<p>Médico de Cuidado Primario (PCP): Copago de \$40 por visita/100%</p> <p>Especialista: Copago de \$55 por visita/100%</p> <p>Médico de Cuidado Primario (PCP): Copago de \$45 por visita/100%</p> <p>Especialista: Copago de \$60 por visita/100%</p> <p>Médico de Cuidado Primario (PCP): Copago de \$50 por visita/100%</p> <p>Especialista: Copago de \$65 por visita/100%</p> <p>Médico de Cuidado Primario (PCP): Copago de \$55 por visita/100%</p> <p>Especialista: Copago de \$70 por visita/100%</p>	<p>El copago incluye las visitas al consultorio y otros <i>Gastos Cubiertos</i> por servicios prestados en el consultorio, excepto según se indique específicamente lo contrario para ciertas radiografías (consulte el beneficio de radiología). El copago solamente se aplicará si le cobran una visita al consultorio. Si <i>Usted</i> recibe un servicio sin un cargo de visita al consultorio (p. ej., solo pruebas de laboratorio), no se cobrará el copago.</p> <p>Las pruebas de laboratorio recibidas en una visita al consultorio (incluidos los laboratorios independientes) no están sujetas al copago y son pagaderas al 100%.</p> <p>Este copago se aplicará a todos los <i>Gastos Cubiertos</i> que se indican en la Lista de Beneficios, si los servicios se prestan en un consultorio, a menos que el beneficio indique específicamente que no se aplica.</p>	<p>1-31</p>
<p>Beneficios de Profesionales Calificados</p>	<p>El 100% (sin copago) para todos los Planes</p>	<p>Visitas al <i>Hospital</i>, cirugía y anestesia para Pacientes Ambulatorios y hospitalizados.</p>	<p>1-31</p>

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Cirugía bucal	Pagaderos según los servicios recibidos	<p>Consulte la lista de cirugías bucales cubiertas en el texto.</p> <p>El tratamiento de una <i>Lesión</i> dental será pagadero según lo indicado en el beneficio de servicios en el consultorio de un Profesional Calificado.</p>	1-31
<p>Beneficio de Bienestar Plan EPO 3</p> <p>Plan EPO 4</p> <p>Plan EPO 5</p> <p>Plan EPO 6</p>	<p>Médico de Cuidado Primario (PCP): El 100% (sin copago)</p> <p>Especialista: El 100%, (sin copago)</p> <p>Médico de Cuidado Primario (PCP): El 100% (sin copago)</p> <p>Especialista: El 100%, (sin copago)</p> <p>Médico de Cuidado Primario (PCP): El 100% (sin copago)</p> <p>Especialista: El 100%, (sin copago)</p> <p>Médico de Cuidado Primario (PCP): El 100% (sin copago)</p> <p>Especialista: El 100%, (sin copago)</p>	<p>Los beneficios incluyen exámenes médicos de rutina, exámenes preventivos para niños; radiografías y pruebas de laboratorio de rutina, incluidas las mamografías de rutina y las pruebas del antígeno prostático específico (prostate-specific antigen, PSA) de rutina; cirugías endoscópicas (p. ej., colonoscopia) de rutina; y vacunas.</p> <p>Consulte el texto para ver las limitaciones de frecuencia. Si <i>usted</i> está utilizando un proveedor no <i>PPO</i>, consulte también la sección de exclusiones para obtener información sobre los cargos <i>habituales, usuales y razonables/la tarifa negociada/la Lista de Tarifas.</i></p>	1-32

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Beneficio hospitalario para Pacientes Ambulatorios Plan EPO 3 Plan EPO 4 Plan EPO 5 Plan EPO 6	Copago de \$750 por visita, luego el 100% Copago de \$1,000 por visita, luego el 100% Copago de \$1,750 por visita, luego el 100% Copago de \$2,000 por visita, luego el 100%	Se requiere <i>Preautorización</i> para cirugías para Pacientes Ambulatorios. Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2.	1-34
Beneficio de la sala de Emergencias	Copago de \$250 por visita, luego el 100% para todos los Planes y todos los proveedores	No se cobra el copago si le admiten en el <i>Hospital</i> directamente desde la sala de <i>Emergencias</i> . El copago se aplica al cargo del centro y a cualquier otro <i>Gasto Cubierto</i> por servicios recibidos durante <i>Su</i> visita a la sala de <i>Emergencias</i> . En virtud de la reforma del cuidado de la salud, los planes sin derechos adquiridos deben prestar servicios para <i>Emergencias</i> al mismo nivel de beneficio para todos los proveedores de <i>EPO</i> y para proveedores que no son de <i>EPO</i> .	1-34
Beneficios de Centros de Cuidado de Urgencia	Copago de \$50 por visita, luego el 100% para todos los Planes	Servicios prestados por un Centro de Cuidado de Urgencia o una clínica sin previa cita. Los beneficios incluyen todos los <i>Gastos Cubiertos</i> por servicios prestados durante la visita.	1-34

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
<p>Centro de Cirugía Ambulatoria</p> <p>Plan EPO 3</p> <p>Plan EPO 4</p> <p>Plan EPO 5</p> <p>Plan EPO 6</p>	<p>Copago de \$250 por visita, luego el 100%</p> <p>Copago de \$500 por visita, luego el 100%</p> <p>Copago de \$1,000 por visita, luego el 100%</p> <p>Copago de \$1,250 por visita, luego el 100%</p>		1-34
<p>Resonancia magnética nuclear (MRI)/angiografía de resonancia magnética (MRA)/tomografía computarizada (CT) con o sin contraste, tomografías por emisión de positrones (PET) y tomografías por emisión de monofotónica (SPECT) en un Hospital para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Plan EPO 3</p> <p>Plan EPO 4</p> <p>Plan EPO 5</p> <p>Plan EPO 6</p>	<p>Copago de \$500 por visita, luego el 100%</p> <p>Copago de \$750 por visita, luego el 100%</p> <p>Copago de \$1,000 por visita, luego el 100%</p> <p>Copago de \$1,250 por visita, luego el 100%</p>	<p>Si <i>Su</i> procedimiento se factura con un código quirúrgico en vez de un código radiológico, se aplicará el copago por <i>Hospital</i> para Pacientes Ambulatorios en vez del copago radiológico correspondiente.</p> <p>Las radiografías dentales se limitan a la <i>Lesión</i> o cirugía bucal cubierta.</p> <p>Las mamografías son pagaderas según lo indicado al final de la Lista de Beneficios.</p> <p>Se requiere <i>Preautorización</i> para ciertos servicios. Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2.</p>	1-34

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
<p>Resonancia magnética nuclear, angiografía de resonancia magnética (MRA), tomografía computarizada (CT) con o sin contraste, tomografías por emisión de positrones (PET) y tomografías por emisión de monofotónica (SPECT) en un Centro Autónomo</p> <p>Plan EPO 3</p> <p>Plan EPO 4</p> <p>Plan EPO 5</p> <p>Plan EPO 6</p> <p>Todas las demás radiografías</p>	<p>Copago de \$200 por visita, luego el 100%</p> <p>Copago de \$400 por visita, luego el 100%</p> <p>Copago de \$600 por visita, luego el 100%</p> <p>Copago de \$800 por visita, luego el 100%</p> <p>Copago de \$50 por proveedor por fecha del servicio/100%</p>	<p>Si <i>Su</i> procedimiento se factura con un código quirúrgico en vez de un código radiológico, se aplicará el copago por <i>Hospital</i> para Pacientes Ambulatorios en vez del copago radiológico correspondiente.</p> <p>Las radiografías dentales se limitan a la <i>Lesión</i> o cirugía bucal cubierta.</p> <p>Las mamografías son pagaderas según lo indicado al final de la Lista de Beneficios.</p> <p>Se requiere <i>Preautorización</i> para ciertos servicios. Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2.</p>	<p>1-34</p>

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
<p>Beneficio de pruebas de laboratorio para Pacientes Ambulatorios (se aplica a todos los proveedores)</p> <p>Plan EPO 3</p> <p>Plan EPO 4</p> <p>Plan EPO 5</p> <p>Plan EPO 6</p>	<p>Copago de \$40 por proveedor por fecha del servicio/100%</p> <p>Copago de \$45 por proveedor por fecha del servicio/100%</p> <p>Copago de \$50 por proveedor por fecha del servicio/100%</p> <p>Copago de \$55 por proveedor por fecha del servicio/100%</p>	<p>Las pruebas de laboratorio realizadas en el consultorio de un <i>Profesional Calificado</i> son pagaderas según se indicó anteriormente en el beneficio de servicios en el consultorio de un <i>Profesional Calificado</i>.</p>	<p>1-34</p>
<p>Beneficio de servicios de ambulancia</p>	<p>Copago de \$250 por viaje en una sola dirección, luego el 100%</p>	<p>Se limita al transporte médicamente apropiado de ida y vuelta al centro más cercano equipado para tratar la <i>Enfermedad</i> o <i>Lesión</i>.</p> <p>Se requiere <i>Preautorización</i> para ambulancia aérea. Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2.</p>	<p>1-34</p>

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
<p>Beneficio de embarazo</p> <p>Plan EPO 3</p> <p>Plan EPO 4</p> <p>Plan EPO 5</p> <p>Plan EPO 6</p>	<p>Copago de \$1,000 por <i>Internación</i>, luego el 100%</p> <p>Copago de \$1,500 por <i>Internación</i>, luego el 100%</p> <p>Copago de \$2,500 por <i>Internación</i>, luego el 100%</p> <p>Copago de \$3,000 por <i>Internación</i>, luego el 100%</p>	<p>Con cobertura para la <i>Empleada</i>, la cónyuge y la hija <i>Dependiente</i>.</p> <p>La primera visita al consultorio para determinar la presencia del embarazo será pagadera según lo indicado en el beneficio de servicios en el consultorio de un <i>Profesional Calificado</i>.</p> <p>Los cargos por el cuidado prenatal de rutina y las pruebas de detección de rutina de diabetes gestacional son pagaderos según se indica en la sección Beneficio de Bienestar. (Esto también se aplica a la maternidad de las hijas <i>Dependientes</i>, aunque el <i>Plan</i> no cubra la maternidad de hijas <i>Dependientes</i>. Esto no se aplica al embarazo de alto riesgo ni a las Complicaciones del Embarazo).</p> <p>Pruebas de laboratorio Toda prueba de laboratorio realizada durante el transcurso de un embarazo y que se facture aparte del cargo del parto será pagadera al 100%; no se cobrará el copago.</p>	<p>1-34</p>
<p>Beneficios para recién nacidos</p> <p>Plan EPO 3</p> <p>Plan EPO 4</p> <p>Plan EPO 5</p> <p>Plan EPO 6</p>	<p>Copago de \$1,000 por <i>Internación</i>, luego el 100%</p> <p>Copago de \$1,500 por <i>Internación</i>, luego el 100%</p> <p>Copago de \$2,500 por <i>Internación</i>, luego el 100%</p> <p>Copago de \$3,000 por <i>Internación</i>, luego el 100%</p>	<p>No se cobra el copago si el recién nacido es dado de alta en el mismo momento que la madre.</p> <p>Consulte la “Sección 3: Requisitos de Participación” para ver información importante sobre la cobertura de <i>Dependientes</i>.</p>	<p>1-35</p>

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Beneficio de Maternidad Plan EPO 3 Plan EPO 4 Plan EPO 5 Plan EPO 6	Copago de \$1,000 por <i>Internación</i> , luego el 100% Copago de \$1,500 por <i>Internación</i> , luego el 100% Copago de \$2,500 por <i>Internación</i> , luego el 100% Copago de \$3,000 por <i>Internación</i> , luego el 100%		1-35
Beneficio de Centro de Cuidado Prolongado	El 100% (sin copago) para todos los Planes	Se limita a 45 días por <i>Año Calendario</i> . Se requiere <i>Preautorización</i> . Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2.	1-35
Beneficio de Cuidado de la Salud a Domicilio	El 100% (sin copago) para todos los Planes	Se limita a 100 visitas por <i>Año Calendario</i> . El Cuidado de la Salud a Domicilio debe ser en lugar de una <i>Internación</i> cubierta en un <i>Hospital</i> o en un <i>Centro de Cuidado Prolongado</i> . Se requiere <i>Preautorización</i> . Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2.	1-35
Beneficio de Cuidados Paliativos	El 100% (sin copago) para todos los Planes	La terapia para el duelo se limita a \$1,150 pagados en el período de 12 meses después de la muerte del paciente del Centro de Cuidados Paliativos. Los <i>Cuidados Paliativos</i> deben ser en lugar de una <i>Internación</i> cubierta en un <i>Hospital</i> o en un <i>Centro de Cuidado Prolongado</i> .	1-36
Beneficio por trastornos psicológicos, dependencia de sustancias y alcoholismo	Pagaderos según los servicios recibidos	Para las visitas al consultorio y la terapia recibida en una visita al consultorio, los <i>Gastos Cubiertos</i> serán pagaderos al nivel de beneficios del Médico de Cuidado Primario.	1-38

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Otros Gastos Cubiertos		Los <i>Gastos Cubiertos</i> incluidos en esta sección generalmente son pagaderos al 100%, sin copago, excepto aquellos <i>Gastos Cubiertos</i> donde a continuación se indique específicamente lo contrario.	1-39
Servicios para enfermería privada para Pacientes Ambulatorios Plan EPO 3 Plan EPO 4 Plan EPO 5 Plan EPO 6	Copago de \$55 por visita/100% Copago de \$60 por visita/100% Copago de \$65 por visita/100% Copago de \$70 por visita/100%		1-39
Aparatos ortopédicos y equipo médico duradero	El 100% (sin copago) para todos los Planes	Se requiere <i>Preautorización</i> para equipo médico duradero. Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2.	1-39
Cuidado quiropráctico Plan EPO 3 Plan EPO 4 Plan EPO 5 Plan EPO 6	Copago de \$40 por visita/100% Copago de \$45 por visita/100% Copago de \$50 por visita/100% Copago de \$55 por visita/100%	Para todos los Planes: <ul style="list-style-type: none"> • se limita a 20 visitas por <i>Año Calendario</i> • el cuidado de mantenimiento o de rutina está cubierto Las radiografías para el cuidado quiropráctico son pagaderas según se indica en el beneficio de radiología y no están sujetas al máximo de visitas por <i>Año Calendario</i> .	1-39

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Fisioterapia, terapia ocupacional, acuática y del habla Plan EPO 3 Plan EPO 4 Plan EPO 5 Plan EPO 6	Copago de \$40 por visita/100% Copago de \$45 por visita/100% Copago de \$50 por visita/100% Copago de \$55 por visita/100%	Los servicios de terapia se limitan a un máximo combinado de 20 visitas por <i>Enfermedad o Lesión</i> . Podría haber visitas adicionales disponibles si lo aprueba el <i>Plan</i> . Específico de la terapia del habla: <ul style="list-style-type: none"> • el máximo de 20 visitas no se aplica a la terapia del habla para niños autistas • se permitirá la cobertura para hijos <i>Dependientes</i> cubiertos hasta los cinco años de edad, independientemente del diagnóstico Se requiere <i>Preautorización</i> . Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2.	1-39
Terapia respiratoria Plan EPO 3 Plan EPO 4 Plan EPO 5 Plan EPO 6	Copago de \$40 por visita/100% Copago de \$45 por visita/100% Copago de \$50 por visita/100% Copago de \$55 por visita/100%	Se requiere <i>Preautorización</i> . Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2.	1-39
Terapia de rehabilitación cardíaca para Pacientes Ambulatorios Plan EPO 3 Plan EPO 4 Plan EPO 5 Plan EPO 6	Copago de \$40 por visita/100% Copago de \$45 por visita/100% Copago de \$50 por visita/100% Copago de \$55 por visita/100%	Se requiere <i>Preautorización</i> . Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2.	1-40

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Quimioterapia y radioterapia	El 100% (sin copago) para todos los Planes		1-40
Diálisis	El 100% (sin copago) para todos los Planes		1-40
Pruebas preadmisión	Pagaderos según los servicios recibidos	Incluye cualquier radiografía o prueba de laboratorio relacionada.	1-40
Trasplantes de órganos	Pagaderos según los servicios recibidos	Los servicios se deben recibir en un centro designado para el beneficio de trasplante o, de lo contrario, no hay ningún beneficio. Se requiere <i>Preautorización</i> . Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2. Consulte la lista de trasplantes cubiertos en el texto.	1-40
Mamografías	El 100% (sin copago) para todos los Planes	Cuando es necesario para tratar una <i>Enfermedad</i> .	1-41
Beneficio por Fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU)	El 100% (sin copago) para todos los Planes	Consulte el texto para ver información adicional.	1-41
Beneficio por estudios del sueño Plan EPO 3 Plan EPO 4 Plan EPO 5 Plan EPO 6	Copago de \$750 por visita, luego el 100% Copago de \$1,000 por visita, luego el 100% Copago de \$1,750 por visita, luego el 100% Copago de \$2,000 por visita, luego el 100%	Se requiere <i>Preautorización</i> . Para obtener información, consulte las páginas 1-1 y 1-2.	1-41

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas	El 100% (sin copago) para todos los Planes	Se permitirá un par de anteojos o lentes de contacto por cirugía, hasta un beneficio máximo de \$300 pagados por par de anteojos o lentes de contacto. Se permitirán dos pares de anteojos o lentes de contacto <i>una vez en la vida</i> . Se permitirán anteojos o lentes de contacto, pero no ambos.	1-41
Implantes cocleares	El 100% (sin copago) para todos los Planes		1-41
Inyecciones para la alergia	Copago de \$10 por visita/100%		1-42
Pelucas después de un tratamiento contra el cáncer	El 100% (sin copago) para todos los Planes	Se limitan a \$3,000 pagados <i>una vez en la vida</i> . Este beneficio no está sujeto a la disposición del <i>Plan</i> sobre el cargo <i>Habitual, Usual y Razonable</i> .	1-42
Aparatos Auditivos Menores de 18 años Todos los Planes A partir de los 18 años Todos los Planes	Pagaderos según los servicios recibidos El 100% (sin copago) para todos los proveedores	Consulte la sección Otros Gastos Cubiertos para obtener más información sobre la cobertura de beneficios. Para todos los Planes, se limita a \$3,500 pagados por período de 36 meses.	1-42
Colonoscopia y sigmoidoscopia de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Menores de 50 años • A partir de los 50 años 	Pagaderos según los servicios recibidos El 100% (sin copago) para todos los Planes	Incluye todos los cargos por servicios complementarios relacionados.	1-42

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
<i>Análisis Conductual Aplicado (Terapia de ABA)</i>	Pagaderos como cualquier otra <i>Enfermedad o Lesión</i>		1-44
Servicios de Teladoc	El 100% (sin copago) para todos los Planes		1-45
Productos para dejar de fumar	Pagaderos según los servicios recibidos	Incluye visitas al consultorio de un <i>Profesional Calificado</i> y cualquier cargo de radiología o laboratorio relacionado.	1-45
Terapia para la vista Planes EPO 3, 4 y 5	Pagaderos según los servicios recibidos	La terapia para la vista es un <i>Gasto Cubierto</i> cuando se considera <i>Medicamente Necesaria</i> por condiciones específicas. Se limita a 20 visitas por episodio de cuidado.	1-45
Limitaciones y exclusiones	No pagaderos	Lista de exclusiones que se aplican a todos los <i>Gastos Cubiertos</i> . Un servicio que normalmente está cubierto podría estar excluido cuando se presta junto con un artículo excluido.	1-47

GASTOS CUBIERTOS PARA TODAS LAS OPCIONES DE PLANES	PAGADEROS A	RESUMEN DE BENEFICIOS	PÁGINA DEL TEXTO
<p>Tarjeta de Medicamentos con Receta</p>	<p>El 100%, después del copago</p> <p>Nota: Los copagos por medicamentos con receta se aplican al límite de gastos de Su bolsillo</p>	<p>Farmacia minorista Copago de \$20 por medicamento genérico o resurtido; copago de \$40 por medicamento de marca o resurtido del Formulario; copago de \$60 por producto de marca excluido del Formulario. Se limita a un suministro de 30 días.</p> <p>Farmacia de pedidos por correo Copago de \$40 por medicamento genérico o resurtido; copago de \$80 por medicamento de marca o resurtido del Formulario; copago de \$120 por producto de marca excluido del Formulario. Se limita a un suministro de 90 días.</p> <p>Programa de Sustitución Genérica (se aplica a todas las opciones de Planes) Si <i>Usted</i> recibe un medicamento de marca cuando hay un sustituto genérico disponible, tendrá que pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el sustituto genérico, además del copago correspondiente.</p> <p>Programa de Terapia Escalonada de Medicamentos Genéricos (se aplica a todas las opciones de Planes) Es posible que se apliquen disposiciones de terapia escalonada a ciertas categorías de medicamentos terapéuticos. El programa establece una jerarquía de medicamentos y requiere que los miembros prueben el medicamento genérico, antes de pasar a un medicamento de marca.</p> <p>Programa de Farmacias Especializadas Los medicamentos de farmacias especializadas se deben comprar a través del Programa de Farmacias Especializadas. Hay un surtido de cortesía por única vez permitido conforme al <i>Plan</i> médico. 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 <i>Gasto Cubierto</i> por el <i>Plan</i> médico. Llame a CEBT al (303) 773-1373 o al 1-800-332-1168 para obtener detalles adicionales.</p>	<p>1-52</p>

INFORMACIÓN SOBRE LA RED DE LA ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS

Las redes de *EPO* negocian contratos con proveedores de cuidado de la salud para prestar servicios a un precio con descuento. A cambio, el proveedor recibe un mayor volumen de pacientes debido a los incentivos del *plan* para usar proveedores de *EPO*. Estos contratos establecen un valor de mercado justo por los servicios para el cuidado de la salud, que en la mayoría de los casos reducirán *Sus* costos.

El *Fideicomiso* ha contratado a una o más *EPO* para prestar servicios a este *Plan* en las áreas en que tiene *Miembros*. Cada red de *EPO* consta de médicos, *Hospitales* y otros proveedores de cuidado médico. La *EPO* que le corresponde aparece en *Su* tarjeta de ID.

Los límites del *Plan* al acceso a cuidado de Emergencia o de especialistas, al uso de médicos de cuidado primario o a la Preautorización de beneficios se indican en la Lista de Beneficios.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO MÉDICO

Usted recibirá una tarjeta de ID del *Plan*, que indicará *Su* nombre, número de grupo y la fecha de vigencia de *Su* cobertura.

Siga las instrucciones de *Su* tarjeta de ID para presentar reclamos. Asegúrese de que cada factura indique el número de grupo y el número del participante que se encuentran en *Su* tarjeta de ID. Cada factura también debe incluir el nombre del *Empleado* y el nombre del paciente.

CARGOS MÉDICOS VARIOS

Las facturas por artículos médicos que *Usted* compró por *Su* cuenta se deben enviar al *Administrador de Reclamos* al menos una vez cada tres meses (trimestralmente). Asegúrese de que cada recibo incluya: número del grupo, número del participante, nombre del *Empleado*, nombre del paciente, nombre del *Profesional Calificado* que receta y fecha de compra.

PAGO DE RECLAMOS

El *Plan* hará el pago directo al proveedor de servicios. Si *Usted* ha pagado la factura, indique en la factura original “paid by Employee” (pagado por el *Empleado*) y el pago se le hará a *Usted*. *Usted* recibirá una explicación por escrito del pago o del motivo de la denegación de cualquier parte de un reclamo. El *Plan* se reserva el derecho a solicitar cualquier información requerida para determinar los beneficios o para procesar un reclamo. Si se necesita información adicional para procesar *Su* reclamo, se le avisará a *Usted* o al proveedor de servicios.

LÍMITES PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Usted debe presentar al *plan* un comprobante por escrito de *su* reclamo. La mayoría de los proveedores aceptarán la asignación y coordinarán los pagos directamente con el *plan* en nombre de *usted*. Si el proveedor no acepta la asignación o no coordina el pago directamente con el *plan*, *usted* será responsable de enviar el reclamo al *plan* dentro de los plazos que se indican a continuación.

Las *personas cubiertas* son responsables de asegurarse de que se envíen los reclamos completos al *administrador de reclamos* lo antes posible después de recibir los servicios, pero sin excederse de los 12 meses a partir de la fecha del servicio. Todo reclamo que el *plan* reciba más de 12 meses después de la fecha en que se incurrió no estará cubierto por el *plan*. Tenga en cuenta que los proveedores podrían estar sujetos a limitaciones de presentación diferentes. Los proveedores podrían estar obligados a presentar reclamos dentro de un período específico conforme a sus contratos de proveedores de la red. En tales casos, no obstante se indique lo contrario en el presente documento, CEBT aplicará el período de presentación oportuna de reclamos del contrato del proveedor.

Si el *plan* se cancela, debe presentar al *plan* los comprobantes por escrito de todos los reclamos incurridos antes de la fecha de cancelación, en un plazo no mayor de 90 días de la cancelación del *plan*. Todo reclamo que el *plan* reciba más de 90 días después de la fecha en que se canceló no estará cubierto por el *plan*.

BENEFICIOS MÉDICOS

INFORMACIÓN SOBRE COPAGOS

El copago por un *Gasto Cubierto* se aplicará cada vez que se reciba ese gasto. La cantidad de cada copago varía según el tipo de servicio prestado. Todos los copagos se indican en la Lista de Beneficios.

Límite de gastos de Su bolsillo

La cantidad que *Usted* debe pagar es el límite de gastos de Su bolsillo. El límite de gastos de Su bolsillo se indica en la Lista de Beneficios. El límite de gastos de Su bolsillo está compuesto de copagos y copagos de farmacia. Cuando se haya alcanzado el límite de gastos de Su bolsillo para una *Persona Cubierta* o familia, el *Plan* pagará el 100% de los *Gastos Cubiertos* durante el resto del *Año Calendario*.

Este límite no se aplica a las multas por no cumplir con los requisitos de aviso.

REQUISITOS DE PREAUTORIZACIÓN

CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA

Cuando *Usted* llame a la compañía de Administración de la Utilización, le harán las siguientes preguntas:

- | | |
|--|--|
| 1. Nombre y número de grupo | 6. Dirección del paciente |
| 2. Nombre del <i>Empleado</i> | 7. Centro de admisión y número de teléfono, si corresponde |
| 3. Número de participantes del <i>Empleado</i> | 8. Nombre y número de teléfono del médico |
| 4. Nombre del paciente | 9. Motivo de la admisión o del tratamiento |
| 5. Fecha de cumpleaños del paciente | 10. Fecha de admisión o tratamiento |

Una vez que se emita, la *Preautorización* tendrá validez durante 30 días (excepto los embarazos) desde la fecha programada del tratamiento. Se debe hacer un nuevo aviso si: *Usted* no recibe el tratamiento dentro de los 30 días de la fecha programada; usa un centro o médico diferente; o es admitido por un motivo diferente.

REQUISITOS DE PREAUTORIZACIÓN

Usted debe llamar a la compañía de Administración de la Utilización antes de recibir ciertos tipos de cuidado de la salud. Los servicios que requieren *Preautorización* se indican en la Lista de Beneficios. **Si no presenta la *Preautorización* según lo exigido, es posible que los beneficios sean reducidos o denegados.**

LA PREAUTORIZACIÓN NO GARANTIZA EL PAGO DE BENEFICIOS. LOS BENEFICIOS ESTÁN SUJETOS A TODAS LAS DISPOSICIONES DEL *PLAN*.

EXENCIÓN DE AVISO POR COBERTURA SECUNDARIA

Si este *Plan* es secundario a otro plan médico que también le proporciona cobertura, no se requerirá ningún aviso.

SEGUNDA OPINIÓN

La compañía de Administración de la Utilización puede determinar, a su criterio, la necesidad de una segunda opinión. Los beneficios por la segunda opinión se pagarán al 100%, después de cualquier copago que corresponda. *Usted* puede visitar al *Profesional Calificado* que desee. El *Profesional Calificado* no puede ejercer con el mismo profesional que dio la opinión inicial y no puede practicar el procedimiento.

PROGRAMA COMPLEX CONDITION CARE (ADMINISTRACIÓN DE CASOS)

Los servicios de Complex Condition CARE están diseñados para identificar casos de enfermedades, trasplante y traumatismos complejos y de extrema gravedad. Los participantes son identificados mediante listas de activación manuales y automatizadas, integradas en el sistema, incluido el proceso de revisión de preautorización. Otros factores que se tienen en cuenta para iniciar Complex Condition CARE incluyen los siguientes criterios: duración de la estadía, nivel de cuidado, readmisión y utilización, así como referencias del empleador o autorreferencias. Las enfermeras administradoras de UMR CARE trabajan directamente con el paciente, los familiares del paciente, el médico tratante y el centro para movilizar los recursos apropiados para el cuidado de la persona cubierta. Nuestra filosofía es que el cuidado de calidad desde el principio de la enfermedad grave ayuda a evitar complicaciones mayores en el futuro.

PROGRAMA MATERNITY CARE (MANEJO DE LA MATERNIDAD)

Maternity CARE proporciona educación prenatal e identificación de 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 estadía en el hospital prolongadas tanto para las madres como para los bebés. Las mujeres miembros del programa reciben llamadas telefónicas de enfermeras de CARE al menos una vez cada trimestre y una vez después del parto. En ese momento se realiza una evaluación integral para determinar el nivel de riesgo de la mujer miembro y sus necesidades de educación. Este programa también ofrece una llamada y materiales educativos específicamente para ayudar a la persona de apoyo de la participante. Las enfermeras de CARE también ayudan a las miembros a comprender la información de beneficios de su plan. El programa de asesoramiento 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, no solo enfrentan riesgos para sus bebés, sino también para sí mismas mientras están embarazadas. Para autoinscribirse en el programa de asesoramiento previo al embarazo, las mujeres miembros pueden llamar a nuestro número gratuito. Recibirán llamadas de enfermeras de CARE que tienen amplia formación clínica en obstetricia/ginecología. Las enfermeras de CARE realizan evaluaciones previas al embarazo para determinar los niveles de riesgo, si los hubiera, y proporcionar a las miembros educación según sus necesidades. Las enfermeras de CARE también ayudan a las miembros a comprender la información de beneficios de su plan.

REVISIÓN DE FACTURA DE HOSPITAL

Usted debería revisar atentamente *Su* factura de *Hospital*, como Paciente Ambulatorio y hospitalizado. Si encuentra algún error como:

1. Tratamiento que se facturó, pero no se recibió;
2. Cálculos incorrectos;
3. Medicamentos o suministros que no se recibieron;

debería informarlo al proveedor de servicios y solicitar una facturación detallada corregida. Luego debería presentar copias de la factura original, con los errores al *Administrador de Reclamos*. Esto sirve como comprobante de que el proveedor de servicios aceptó las correcciones. **Si *Usted* está en lo cierto, recibirá el 50% de los errores de la factura, pero no más de \$1,250 por factura** (la recompensa mínima es de \$25).

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

BENEFICIO HOSPITALARIO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Los cargos incurridos por estos servicios prestados durante *Su Internación* en el *Hospital* son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios.

1. Cargos de habitación y comida por: habitación semiprivada diaria promedio; sala; cuidados intensivos; aislamiento o cuidados coronarios. Servicios de enfermería general para cada día de *Internación*. Kits de admisión en el *Hospital*. Los beneficios por una habitación privada o individual se limitan al cargo de una habitación semiprivada en el *Hospital*, a menos que sea necesario debido a *Su Enfermedad* o *Lesión*.
2. Servicios prestados y suministros proporcionados para el tratamiento de *Su Enfermedad* o *Lesión*. Los beneficios incluyen los servicios de un radiólogo, patólogo y anestesiólogo, cuando el *Hospital* los factura directamente o por separado.

La observación en una habitación de *Hospital* se considerará un tratamiento como paciente hospitalizado si la duración del estado de observación excede las 72 horas. Observación significa el uso de los servicios apropiados de supervisión, pruebas de diagnóstico, tratamiento y evaluación de los síntomas, signos, pruebas de laboratorio y respuesta al tratamiento del paciente con el fin de determinar si *Usted* necesitará más tratamiento como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta de las instalaciones del *Hospital*.

BENEFICIOS DE PROFESIONALES CALIFICADOS

Los cargos incurridos por estos servicios de un *Profesional Calificado* son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios:

1. Visitas al domicilio y al consultorio;
2. Visitas al *Hospital* como Paciente Ambulatorio y hospitalizado;
3. Administración de anestesia;
4. Procedimientos quirúrgicos, incluido el cuidado posoperatorio.

Los beneficios no son pagaderos por procedimientos incidentales practicados durante una cirugía cubierta (p. ej., la extirpación de un apéndice sano durante una cirugía abdominal).

Cirugía bucal

Los cargos incurridos por estas cirugías bucales son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios. Los beneficios incluyen los cargos por pruebas de laboratorio y radiografías directamente relacionados. Los servicios de *Hospital* o *Centro de Cirugía Ambulatoria* también están cubiertos.

1. Escisión de tumores y quistes de los maxilares, las mejillas, los labios, la lengua y el paladar superior e inferior cuando se requieran exámenes patológicos;
2. Cirugías requeridas para corregir lesiones *Accidentales* de los maxilares, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar superior e inferior;
3. Reducción de fracturas y dislocaciones de la mandíbula;
4. Incisión externa y drenaje de celulitis;
5. Incisión de senos paranasales, glándulas o conductos salivales accesorios; y

Beneficio de Cirugía Bucal (continuación)

6. Reparación o reemplazo inicial de dientes naturales dañados debido a una *Lesión*, incluidos los implantes dentales (los implantes dentales incluyen las prótesis relacionadas con los implantes dentales cuando son el resultado de un *Accidente* en un diente natural sano). Para que sea un *Gasto Cubierto* conforme al *Plan*, el gasto del reemplazo debe comenzar dentro de los 6 meses y terminar dentro de los 24 meses de la *Lesión*. El daño ocasionado por morder o masticar no se considerará una *Lesión*.

BENEFICIO DE BIENESTAR

Los cargos por servicios médicos preventivos son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios. Los beneficios de bienestar incluyen el tratamiento proporcionado como resultado de antecedentes familiares de una *Enfermedad* específica. Los *Gastos Cubiertos* relacionados con los antecedentes familiares se tratarán como cualquier otra *Enfermedad*. Los *Gastos Cubiertos* incluyen lo siguiente, así como cualquier otro servicio según lo requerido por las recomendaciones actuales del Panel de Expertos en Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC).

Todas las Personas Cubiertas

1. Visitas de medicina preventiva (exámenes de bienestar). Para hijos *Dependientes* cubiertos, incluye los exámenes escolares y para deportes;
2. Todas las vacunas estándar recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización, incluidas las requeridas para viajes. La vacuna contra el herpes zóster está cubierta a partir de los 60 años para Zoster y a partir de los 50 para Shingrix;
3. Exámenes de la vista de rutina, incluidos los cargos de refracción. Si *Usted* eligió la cobertura de la vista, los beneficios primero serán pagaderos por el beneficio de la vista. Si *Su* beneficio de la vista se ha agotado, los cargos por un examen de la vista de rutina serán pagaderos a través del beneficio de bienestar.

Pruebas de detección o servicios para todas las Personas Cubiertas a las edades correspondientes

1. Colesterol y lípidos elevados;
2. Ciertas Enfermedades de transmisión sexual y VIH (incluye asesoramiento);
3. Asesoramiento sobre el abuso de alcohol y de sustancias, el consumo de tabaco, la obesidad, la dieta y la nutrición;
4. Presión arterial alta;
5. Diabetes;
6. Depresión;
7. Evaluación y asesoramiento de obesidad (adultos y niños);
8. Cirugía endoscópica de rutina (p. ej., colonoscopia), incluida la colonografía por tomografía computarizada (colonoscopia virtual).

Para mujeres

1. Exámenes ginecológicos;
2. Mamografías de rutina para cualquier *Persona Cubierta*, incluidas las mamografías 3D. Para *Personas Cubiertas* de 35 a 49 años, los beneficios están sujetos a las siguientes limitaciones de frecuencia (no hay limitaciones de frecuencia para personas mayores de 50 años):
 - a. una de referencia entre los 35 y 39 años,
 - b. una cada *Año Calendario* entre los 40 y 49 años;
2. Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, incluidas las pruebas de Papanicolau;
3. Cuidado prenatal de rutina;
4. Pruebas de detección de rutina de la diabetes gestacional;

Beneficio de Bienestar (continuación)

5. Pruebas de ADN del virus del papiloma humano (human papillomavirus, HPV) para todas las mujeres cubiertas mayores de 30 años;
6. Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (anual);
7. Prueba de detección y asesoramiento sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (anual);
8. Apoyo, suministros y asesoramiento para la lactancia junto con cada parto. Los beneficios incluyen apoyo integral y asesoramiento para la lactancia de un proveedor capacitado durante el embarazo o en el período posparto y los cargos por el alquiler o la compra de equipo para la lactancia, incluido aquel comprado de un proveedor minorista;
9. Evaluación y asesoramiento sobre la violencia interpersonal e intrafamiliar (anual);
10. Métodos anticonceptivos y asesoramiento aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), como los dispositivos vaginales insertables (p. ej., DIU, implantes), incluida la inserción y extracción, las esterilizaciones (para cualquier mujer cubierta), la educación al paciente y los servicios relacionados en el consultorio. Las píldoras y los parches anticonceptivos no están cubiertos por el Plan médico. Podrían estar cubiertos por la tarjeta de medicamentos con receta;
11. Asesoramiento y análisis genéticos de cáncer de seno (Breast Cancer, BRCA) para mujeres en alto riesgo;
12. Pruebas de detección de gonorrea, clamidia, sífilis;
13. Pruebas de detección de anemia y carencia de hierro, bacteriuria, virus de la hepatitis B, incompatibilidad Rh para mujeres embarazadas;
14. Instrucciones para promover y ayudar con la lactancia;
15. Exámenes de detección de la osteoporosis para personas mayores de 60 años;
16. Asesoramiento sobre quimioprevención para personas en alto riesgo de cáncer de seno.

Para hombres

1. Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal para hombres de 65 a 79 años que han fumado (examen por única vez).
2. Pruebas de detección del cáncer de próstata, incluida una prueba del antígeno prostático específico y un tacto rectal, para cualquier hombre cubierto.

Para niños

1. Pruebas de detección de audición, Enfermedad de tiroides, fenilcetonuria, anemia drepanocítica para recién nacidos;
2. Análisis estándar del metabolismo para detectar Enfermedades hereditarias por deficiencia enzimática;
3. Pruebas de detección de trastornos depresivos mayores;
4. Pruebas de detección de retraso del desarrollo y autismo;
5. Pruebas de detección de plomo y tuberculosis;
6. Pruebas de detección de anemia;
7. Suplementos de fluoruro orales preventivos o de rutina recetados para hijos *Dependientes* de seis meses a cinco años cuya fuente de agua principal carece de fluoruro.

Visite los siguientes enlaces para obtener más información:

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

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

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

BENEFICIO HOSPITALARIO PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Los cargos por estos servicios hospitalarios para Pacientes Ambulatorios son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios:

1. Servicios prestados y suministros proporcionados para el tratamiento de *Su Enfermedad* o *Lesión*;
2. Tratamientos médicos programados periódicamente (p. ej., diálisis renal, quimioterapia, terapia de inhalación, fisioterapia y radioterapia) cuando son indicados por *Su Profesional Calificado* tratante; y
3. Cargos de sala de *Emergencias*.

La observación en una habitación de *Hospital* se considerará un tratamiento como paciente hospitalizado si la duración del estado de observación excede las 72 horas. Observación significa el uso de los servicios apropiados de supervisión, pruebas de diagnóstico, tratamiento y evaluación de los síntomas, signos, pruebas de laboratorio y respuesta al tratamiento del paciente con el fin de determinar si *Usted* necesitará más tratamiento como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta de las instalaciones del *Hospital*.

BENEFICIO DE CENTROS DE CUIDADO DE URGENCIA

Los cargos por *Gastos Cubiertos* incurridos en un *Centro de Cuidado de Urgencia* son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios.

CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA O CENTRO QUIRÚRGICO AUTÓNOMO

Los cargos cobrados por un *Centro de Cirugía Ambulatoria* por el uso del centro para realizar una cirugía cubierta son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios. Los servicios hospitalarios varios prestados en el centro también están cubiertos.

RADIOGRAFÍAS Y PRUEBAS DE LABORATORIO

Los cargos por radiografías y pruebas de laboratorio de diagnóstico son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios. Un *Profesional Calificado* debe realizar las pruebas. Las pruebas cubiertas por el beneficio hospitalario para pacientes hospitalizados no están cubiertas por este beneficio. Las radiografías dentales no están cubiertas, a menos que se relacionen con una *Lesión* o cirugía bucal cubierta. Los *Gastos Cubiertos* incluyen pruebas de laboratorio cuando se usan para identificar farmacoterapias ineficaces debido a ciertos marcadores genéticos.

BENEFICIO DE SERVICIOS DE AMBULANCIA

Los cargos por servicios de ambulancia terrestre de ida y vuelta al *Hospital* local son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios. Si *Usted* necesita cuidado que no está disponible en un *Hospital* local, el transporte al *Hospital* más cercano que pueda proporcionar el cuidado está cubierto. Si necesita cuidado que no está disponible por ambulancia terrestre, el servicio en ambulancia aérea al *Hospital* más cercano que pueda proporcionar el cuidado está cubierto.

BENEFICIO DE EMBARAZO

Los cargos relacionados con el embarazo son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios para cualquier mujer cubierta. Los cargos relacionados con *Complicaciones del Embarazo* son pagaderos como una *Enfermedad* en el momento en que se confirma la complicación.

Beneficio de embarazo (continuación)

En general, la ley federal prohíbe a los planes de salud de grupo y a los emisores de seguros de salud limitar los beneficios por cualquier estadía en el *Hospital* en relación con el parto a menos de 48 horas después de un parto vaginal normal o menos de 96 horas después de una cesárea. Esta ley se aplica igualmente a la estadía de la madre y a la estadía del recién nacido. Esta ley generalmente no prohíbe que el proveedor tratante de la madre o del recién nacido les dé de alta, después de consultar a la madre, antes de transcurridas las 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 de seguros para indicar que la duración de la estadía no sobrepase las 48 horas (o 96 horas).

BENEFICIOS PARA RECIÉN NACIDOS

Consulte la sección “Requisitos de Participación” de esta guía para obtener más información sobre la inscripción de *Su* recién nacido.

Recién nacido sano

Los cargos por estos servicios para un recién nacido sano son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios: servicios hospitalarios de la sala de recién nacidos; circuncisión de un hijo varón; examen de rutina del recién nacido antes de ser dado de alta del *Hospital*.

Recién nacido enfermo

Los cargos por estos servicios para un recién nacido enfermo son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios: tratamiento de *Lesión o Enfermedad*; cuidado y tratamiento por parto prematuro; tratamiento de anomalías y defectos congénitos médicamente diagnosticados; y cirugía para reparar o restaurar el funcionamiento normal del cuerpo. Los *Gastos Cubiertos* **no** incluyen la cirugía plástica o estética, **excepto** la cirugía para:

1. Reconstrucción debido a una *Lesión*, infección u otra Enfermedad de la parte afectada; o
2. Anomalía o Enfermedad congénita que produjo un defecto funcional.

BENEFICIO DE MATERNIDAD

Los cargos cobrados por una *Maternidad* por servicios prestados y suministros proporcionados para: cuidado prenatal; parto de hijos; y el cuidado inmediato después del parto son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios.

CENTRO DE CUIDADO PROLONGADO

Los cargos por habitación y comida, y cuidado de enfermería son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios. Los beneficios por una habitación privada o individual se limitan al cargo de una habitación semiprivada en el centro.

BENEFICIO DE CUIDADO DE LA SALUD A DOMICILIO

Los servicios para el *Cuidado de la Salud a Domicilio* se prestan para pacientes cuando se ha determinado que son *Médicamente Necesarios*. Los *Gastos Cubiertos* pueden incluir:

1. Visitas a domicilio en vez de visitas al consultorio del proveedor, que no excedan el cargo usual y habitual por el mismo servicio en el consultorio de un proveedor.
2. Servicios de enfermería intermitente. Se pagan beneficios solamente por una enfermera en un momento dado, sin exceder las cuatro horas en un período de 24 horas.
3. Asesoramiento nutricional proporcionado por o bajo la supervisión de un nutricionista calificado, u otro *Profesional Calificado*, si corresponde.

Beneficio de cuidado de la salud a domicilio (continuación)

4. Fisioterapia, terapia ocupacional, respiratoria y del habla proporcionadas por o bajo la supervisión de un terapeuta calificado u otro Profesional Calificado, si corresponde.
5. Suministros médicos o medicamentos recetados por un médico y servicios de laboratorio en la medida que el *Plan* los habría cubierto si la *Persona Cubierta* hubiera estado en un *Hospital*.

Una visita de *Cuidado de la Salud a Domicilio* se define como: Una visita de una enfermera que presta servicios de enfermería intermitente (cada visita incluye hasta cuatro horas consecutivas en un período de 24 horas, si es Medicamente Necesario) o una sola visita de un terapeuta calificado, un nutricionista calificado u otro *Profesional Calificado*, si corresponde.

EXCLUSIONES

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

1. Servicios domésticos o de tareas domésticas;
2. Artículos para adaptar el ambiente, tales como pasamanos, rampas, acondicionadores de aire y teléfonos;
3. Servicios prestados por Familiares o trabajadores voluntarios;
4. Programa de entrega de comida a domicilio “Meals on Wheels” o servicio de comida similar;
5. Cargos aparte por registros, informes o transporte;
6. Gastos por las necesidades normales de la vida tales como comida, ropa y suministros para el hogar;
7. Servicios de asesoramiento legal y financiero, a menos que estén cubiertos de alguna manera por este *Plan*.

BENEFICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Los cargos por estos servicios para *Cuidados Paliativos* son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios. Los *Cuidados Paliativos* deben ser en lugar de una *Internación* cubierta en un *Hospital* o en un *Centro de Cuidado Prolongado*.

1. Habitación y comida;
2. Cuidado de enfermería a tiempo parcial proporcionado o supervisado por una enfermera titulada (registered nurse, R.N.);
3. Asesoramiento de un trabajador social clínico con licencia. Asesoramiento de un asesor religioso. Los beneficios se proporcionan para el paciente que recibe Cuidado Paliativos y la familia directa;
4. Terapia para el duelo de parte de un trabajador social clínico con licencia. Asesoramiento para el duelo de un asesor religioso. Los beneficios son pagaderos hasta el máximo que se indica en la Lista de Beneficios en el período de 12 meses posterior a la muerte del paciente que recibía Cuidados Paliativos;
5. Servicios sociales médicos prestados a *Usted* o *Su* familia directa. Los servicios incluyen:
 - a. evaluación de las necesidades sociales, emocionales y médicas, y de la situación familiar y hogareña, e
 - b. identificación de los recursos comunitarios disponibles y asistencia para obtener dichos recursos;
6. Asesoramiento nutricional;
7. Servicios de administración de casos y consultas;
8. Fisioterapia o terapia ocupacional;

Beneficio de cuidados paliativos (continuación)

9. Servicios de auxiliar para el cuidado de la salud a domicilio a tiempo parcial; y
10. Suministros médicos y medicamentos recetados por un *Profesional Calificado*.

Limitaciones

Los *Cuidados Paliativos* se deben prestar en un *Centro de Cuidados Paliativos* o por una *Agencia de Cuidados Paliativos* en *Su* domicilio. Un *Profesional Calificado* debe certificar que *Usted* tiene una Enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Solo para los *Cuidados Paliativos*, *Su* familia directa es *Su* padre, madre, cónyuge y Sus hijos *Dependientes*.

Los beneficios de *Cuidados Paliativos* **no** incluyen: servicios de enfermería especiales o privados; una *Internación* no requerida para el control del dolor o el manejo de otros síntomas crónicos agudos; servicios fúnebres; ni asesoramiento legal o financiero, incluida la planificación de la sucesión o la preparación de un testamento.

Los beneficios de *Cuidados Paliativos* **no** incluyen servicios domésticos o de cuidadores; servicios de niñera o de compañía; limpieza de la casa o mantenimiento del hogar; servicios prestados por voluntarios o personas que no cobran habitualmente por sus servicios; ni servicios prestados por un asesor religioso con licencia a un integrante de su congregación.

BENEFICIO POR TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS Y ALCOHOLISMO

Beneficios de tratamiento residencial, de transición y para pacientes hospitalizados

Los cargos por el programa de tratamiento residencial, de transición y para pacientes hospitalizados son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios.

Tratamiento de transición se refiere al tratamiento que se proporciona de una manera menos restrictiva que un tratamiento para pacientes hospitalizados, pero de una manera más intensiva que un tratamiento para Pacientes Ambulatorios.

El tratamiento de transición incluye los siguientes servicios o programas cuando son aprobados por el Departamento de Salud y Servicios Sociales: programas de tratamiento diurno para adultos; programas de tratamiento diurno para niños y adolescentes; servicios para personas con Enfermedades psicológicas crónicas prestados por un programa de apoyo comunitario; servicios prestados por un programa de tratamiento residencial; y servicios prestados en un programa de tratamiento diurno. El tratamiento de transición también incluye servicios en programas intensivos para Pacientes Ambulatorios prestados de acuerdo con los criterios citados en la publicación Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción.

Tratamiento residencial se refiere a un programa basado en un centro para casos subagudos que tiene licencia para proporcionar tratamiento “residencial” y presta servicios de evaluación y diagnóstico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, así como tratamiento activo de salud del comportamiento 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).

Beneficios para Pacientes Ambulatorios

Los cargos por el tratamiento para Pacientes Ambulatorios son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios. Los beneficios para Pacientes Ambulatorios incluyen los gastos relacionados por pruebas de laboratorio de diagnóstico y pruebas psicológicas. Los medicamentos con receta son pagaderos conforme al beneficio de medicamentos con receta.

Limitaciones

Los beneficios **no** incluyen: 1. Tratamiento de la adicción o el hábito de la nicotina; 2. Tratamiento de la obesidad o el sobrepeso; 3. Consejería matrimonial; ni 4. Asesoramiento o exámenes por orden judicial.

Los *Gastos Cubiertos* se aplican al límite de gastos de Su bolsillo que se indica en la Lista de Beneficios.

OTROS GASTOS CUBIERTOS

Estos otros *Gastos Cubiertos* son pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios:

1. Servicios para enfermería privada de una enfermera titulada (R.N.) para el cuidado de enfermería de Pacientes Ambulatorios. Servicios para enfermería privada de una enfermera de práctica con licencia (licensed practical nurse, L.P.N.) para el cuidado de enfermería de Pacientes Ambulatorios. El cuidado debe ser indicado por *Su Profesional Calificado* tratante.
2. Sangre y plasma que **no** se reponen mediante donación. Sangre y hemoderivados.
3. Prótesis para reemplazar extremidades y ojos naturales perdidos. Las prótesis de reemplazo y los gastos de reparación están cubiertos. Los gastos de mantenimiento no están cubiertos. Los *Gastos Cubiertos* están sujetos al máximo combinado para prótesis y equipo médico duradero según se indica en la Lista de Beneficios.
4. Suministros especiales, cuando son recetados por *Su Profesional Calificado* tratante y son necesarios para la continuidad del tratamiento de una *Enfermedad* o *Lesión*:
 - a. catéteres,
 - b. protectores marca Flotation,
 - c. agujas y jeringas,
 - d. dispositivos ortopédicos hechos a medida,
 - e. yesos, férulas, vendajes quirúrgicos, cinturones quirúrgicos, abrazaderas y muletas,
 - f. oxígeno y otros gases.
5. El alquiler o la compra de equipo médico duradero, cuando lo aprueba el *Plan* (p. ej., silla de ruedas, cama de *Hospital*). El equipo debe ser necesario para el tratamiento terapéutico y no principalmente higiénico, educativo o de custodia. Debe ser capaz de soportar el uso reiterado. Debe usarse principal y habitualmente para cumplir con un propósito médico. No debe ser generalmente útil para una persona excepto para el tratamiento de una *Lesión* o *Enfermedad*. Los gastos de reparación no están cubiertos, a menos que el equipo se haya comprado. Los gastos de mantenimiento no están cubiertos. Los artículos de conveniencia, según lo determinado por el *Plan*, no están cubiertos. A menos que lo apruebe el *Plan*, los beneficios por el alquiler de equipo médico duradero no excederán el costo de compra del artículo.
6. Dispositivos médicos mecánicos colocados en el cuerpo para facilitar la función de un órgano (p. ej., marcapasos, laringe artificial, cadera artificial).
7. Cuidado quiropráctico para el tratamiento de una *Lesión* o *Enfermedad*. El cuidado quiropráctico de mantenimiento o de rutina es un *Gasto Cubierto*.
8. Instalación y uso de una bomba de infusión de insulina. Otros equipos y suministros usados en el tratamiento de la diabetes, cuando no están cubiertos por la Tarjeta de Medicamentos con Receta. Clases de educación sobre el automanejo de la diabetes.
9. Esterilización y vasectomía electivas. Nota: Los servicios de esterilización para cualquier mujer cubierta están cubiertos conforme a la sección Beneficio de Bienestar. Consulte la lista “Para mujeres” en la sección Beneficio de Bienestar para obtener más información.
10. Tratamiento, incluidas las manipulaciones de un fisioterapeuta; terapeuta del habla; terapeuta respiratorio; terapeuta ocupacional o terapeuta acuático con licencia. Todo tratamiento debe ser para restaurar una pérdida o corregir una limitación que se deba a una *Lesión* o *Enfermedad*, excepto que se indique específicamente lo contrario en la Lista de Beneficios. La terapia del habla para el tartamudeo, el ceceo o el retraso del habla no está cubierta.

Otros Gastos Cubiertos (continuación)

11. Rehabilitación cardíaca para Pacientes Ambulatorios, después de un infarto de miocardio o de un procedimiento de revascularización cardíaca. Este beneficio es una extensión del tratamiento para un episodio como *paciente hospitalizado* y debe comenzar dentro de los dos meses del alta del centro de cuidado de casos agudos.
12. Radioterapia y quimioterapia.
13. Diálisis.
14. Pruebas preadmisión.
15. Trasplantes de tejido (p. ej., arterias o venas, córneas, válvulas cardíacas, piel) colocados en el cuerpo para facilitar la función de un órgano o para reemplazar el tejido perdido debido a una *Lesión* o *Enfermedad*.
16. Los siguientes trasplantes de tejido u órganos humanos. El trasplante debe ser de un donante humano a un receptor humano vivo:
 - a. médula ósea, células madre (alógenicas y autólogas) o terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (chimerica antigen receptor T- Cell Therapy, CART-T) como celulo terapia para ciertas condiciones;
 - b. trasplantes de corazón;
 - c. trasplantes de corazón-pulmón (procedimientos combinados);
 - d. trasplantes de riñón;
 - e. trasplantes de hígado;
 - f. trasplantes de pulmón;
 - g. trasplantes de páncreas;
 - h. trasplantes de páncreas-riñón (procedimientos combinados);
 - i. trasplantes de intestino delgado; y
 - j. trasplantes de intestino delgado-hígado (procedimientos combinados).

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

Cuando solamente el receptor está cubierto por el *Plan*, tanto el donante como el receptor tienen derecho a beneficios. Los beneficios del donante se limitan a aquellos que no están disponibles para el donante de ninguna otra fuente. Otra fuente incluye, por ejemplo, cualquier cobertura de seguro o programa del gobierno. Los beneficios para el donante se cobran a la cobertura del receptor conforme al *Plan*.

Cuando solamente el donante está cubierto por el *Plan*, el donante tiene derecho a beneficios. Los beneficios se limitan únicamente a aquellos que no están disponibles para el donante de ninguna otra fuente. Otra fuente incluye, por ejemplo, cualquier cobertura de seguro o programa del gobierno. No se proporciona ningún beneficio para el receptor del trasplante sin cobertura.

Si en vez de donarse, se vende un órgano o tejido, no habrá beneficios pagaderos por la compra ni la extracción de dicho órgano o tejido. Los demás costos relacionados con la evaluación y obtención están cubiertos para un receptor que está cubierto por este *Plan*.

17. Cuando se elige la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, los siguientes servicios también están cubiertos:
 - a. reconstrucción del seno que se extirpó,
 - b. cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica,
 - c. prótesis para reemplazar el seno que se extirpó y

Plan EPO - Modificado el 7/1/21

Otros Gastos Cubiertos (continuación)

- d. cualquier complicación física que resulte de todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas (hinchazón asociada con la extirpación de los ganglios linfáticos).

Los beneficios deben haber sido pagaderos por la mastectomía y estos servicios deben ser parte del tratamiento en curso de esa mastectomía para que estén cubiertos por el *Plan*.

18. Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de cualquier problema de la articulación de la mandíbula, que incluyen, entre otros, aparatos y terapia. Los problemas de la articulación de la mandíbula incluyen: trastorno de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint disorder, TMJ); otras condiciones de la articulación que une la mandíbula con el cráneo; condiciones de los músculos faciales que se usan en la expresión o masticación; y síntomas de estos, incluidos los dolores de cabeza. Los *Gastos Cubiertos* no incluyen el tratamiento ni los servicios de ortodoncia. Los beneficios serán pagaderos según los servicios recibidos.
19. Mamografías para cualquier *Persona Cubierta*, cuando sean necesarias para tratar una *Enfermedad*. Las mamografías de rutina son pagaderas según lo indicado en el Beneficio de Bienestar.
20. Cirugía endoscópica de rutina (p. ej., colonoscopia) a partir de los 50 años.
21. Pruebas de detección y tratamiento de la Fenilcetonuria (PKU) (incluidos los alimentos). Las pruebas de detección de la Fenilcetonuria (PKU) están cubiertas 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 causada por la Fenilcetonuria. Los alimentos medicinales, a los efectos de este beneficio, se refieren exclusivamente a las fórmulas metabólicas con receta y sus equivalentes modulares, obtenidos a través de una farmacia. Los alimentos medicinales están diseñados y fabricados específicamente para el tratamiento de trastornos enzimáticos hereditarios causados por defectos en un solo gen. La cobertura para trastornos enzimáticos hereditarios causados por defectos en un solo gen incluye, entre otros, los diagnósticos de las siguientes condiciones: Fenilcetonuria, fenilcetonuria materna, Enfermedad de la orina de jarabe de arce, tirosinemia, homocistinuria, histidinemia, trastornos del ciclo de la urea, hiperlisinemia, acidemias glutáricas, acidemia metilmalónica y acidemia propiónica. El cuidado y tratamiento cubierto de tales condiciones incluirá, en la medida en que sea *Medicamento Necesario*, alimentos medicinales para uso en el domicilio por los cuales un *Profesional Calificado* ha extendido una receta oral, electrónica o por escrito.
La edad máxima para recibir este beneficio por Fenilcetonuria es 21 años; excepto que la edad máxima para recibir este beneficio por Fenilcetonuria para mujeres en edad fértil es de 35 años.
22. Estudios del sueño.
23. Cirugía de cataratas, así como lentes intraoculares convencionales para cataratas implantados quirúrgicamente después de dicho procedimiento. Los lentes intraoculares multifocales no son un *Gasto Cubierto*. Los anteojos o lentes de contacto iniciales después de una cirugía de cataratas están sujetos al máximo indicado en la Lista de Beneficios.
24. Implantes cocleares y aparatos auditivos semiimplantables para personas cubiertas con limitaciones auditivas graves que no se benefician de la amplificación convencional (aparatos auditivos). La cobertura se proporciona para personas cubiertas de al menos 18 meses de vida, que tengan una grave pérdida sensorial auditiva bilateral o para personas cubiertas prelinguales con una mínima percepción del habla incluso bajo las mejores condiciones de uso de los aparatos auditivos. Incluye los servicios necesarios para el trazado y la evaluación funcional del dispositivo coclear.

Otros Gastos Cubiertos (continuación)

25. Anestesia y cargos relacionados del *Centro de Tratamiento Calificado* para hijos *Dependientes* cubiertos, cuando es necesario porque el hijo *Dependiente*:

- a. tiene una condición física, mental o médicamente comprometida,
- b. tiene necesidades dentales para las cuales la anestesia local es ineficaz debido a una infección aguda, variaciones anatómicas o alergia,
- c. es un niño o adolescente extremadamente poco cooperativo, inmanejable, ansioso o poco comunicativo con necesidades dentales consideradas lo suficientemente importantes como para que el cuidado dental no se pueda postergar,
- d. ha sufrido un importante traumatismo dental y orofacial.

Los beneficios serán pagaderos según los servicios recibidos.

26. Inyecciones para las alergias, cuando el único servicio recibido durante la visita es la administración de una inyección para la alergia. Las pruebas para la detección de alergias serán pagaderas según lo indicado en el beneficio de servicios en el consultorio de un Profesional Calificado según lo indicado en la Lista de Beneficios.

27. Cargos por servicios y suministros para la evaluación de la infertilidad y procedimientos quirúrgicos para corregir anomalías fisiológicas documentadas del aparato reproductor.

28. Pelucas, después de un tratamiento contra el cáncer. Se limita a *una vez en la vida*.

29. *Aparatos Auditivos*:

- a. para *Dependientes* cubiertos menores de 18 años. Los *Gastos Cubiertos* deben cumplir con los criterios *Médicamente Necesarios* según lo indicado en las páginas 2-6. La pérdida auditiva debe ser verificada por *Su Profesional Calificado* o audiólogo con licencia. Los beneficios son pagaderos según lo indicado en la Lista de Beneficios e incluyen lo siguiente:
 - el *Aparato Auditivo* inicial y los reemplazos una vez por período de cinco *Años Calendario*,
 - un nuevo *Aparato Auditivo* cuando los ajustes al *Aparato Auditivo* existente no puedan satisfacer adecuadamente las necesidades del hijo *Dependiente*,
 - servicios y suministros, que incluyen, entre otros, la evaluación inicial, la adaptación, los ajustes y la capacitación auditiva que se proporciona de acuerdo con los estándares profesionales aceptados.
- b. para *Personas Cubiertas* mayores de 18 años, pagaderos según se indica en la Lista de Beneficios. El beneficio máximo incluye los gastos relacionados para el ajuste y la reparación de los Aparatos Auditivos.

30. Colonoscopia y sigmoidoscopia de diagnóstico, incluidos todos los cargos por servicios complementarios relacionados.

31. Ensayos clínicos que califican según se definen a continuación, incluidos los costos del cuidado de rutina del paciente, según se definen a continuación, incurridos durante la participación en un ensayo 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 ensayo clínico que califica.

Otros Gastos Cubiertos (continuación)

Los beneficios están disponibles únicamente cuando la *Persona Cubierta* cumple los requisitos clínicos para participar en el ensayo clínico que califica según lo determine el investigador.

Los costos del cuidado de rutina del paciente para ensayos clínicos que califican podrían incluir:

1. Servicios de salud cubiertos (es decir, cargos del médico, pruebas de laboratorio, radiografías, honorarios profesionales, etc.) para los cuales generalmente se proporcionan beneficios en ausencia de un ensayo clínico;
2. 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
3. Servicios de salud cubiertos requeridos para el cuidado razonable y necesario que surja de la prestación de un servicio o artículo de investigación.

Los costos de rutina para ensayos clínicos no incluyen:

1. El servicio o artículo experimental o de investigación, ya que generalmente se proporciona al paciente a través del ensayo clínico;
2. 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;
3. Un servicio que evidentemente no sea coherente con los estándares ampliamente aceptados y establecidos de cuidado para un diagnóstico en particular; y
4. Artículos y servicios proporcionados sin cargo por los patrocinadores de la investigación a las personas inscritas en el ensayo.

Con respecto al cáncer u otras Enfermedades o condiciones potencialmente mortales, un ensayo clínico que califica es un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra Enfermedad o condición potencialmente mortal y que cumple alguno de los criterios que se enumeran a continuación.

1. Ensayos 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);

Plan EPO - Modificado el 7/1/21

Otros Gastos Cubiertos (continuación)

- 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 que 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 con el 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.
2. El estudio o la investigación se realiza en forma de una nueva aplicación de un medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.;
 3. El estudio o la investigación es un ensayo clínico que está exento de tener dicha nueva aplicación de un medicamento en investigación;
 4. El ensayo clínico debe tener un protocolo por escrito que describa un estudio científicamente convincente y que haya sido aprobado por todas las Juntas de Revisión Institucional (Institutional Review Boards, IRB) pertinentes antes de que los participantes se inscriban en el ensayo. El patrocinador del Plan puede solicitar documentación sobre el ensayo en cualquier momento; o
 5. El objeto o el propósito del ensayo debe ser la evaluación de un artículo o servicio que cumpla la definición de un servicio de salud cubierto y que no esté de alguna manera excluido por el *Plan*.
32. *Análisis Conductual Aplicado (Terapia de ABA)* para el tratamiento del autismo. Tenga en cuenta que otros tipos de tratamiento para el autismo son pagaderos como cualquier otra *Enfermedad* o *Lesión*, sujetos a todas las disposiciones del *Plan*, que incluyen, entre otras, *necesidad médica*, servicio experimental, retraso del desarrollo, etc.
33. Nota: Los servicios de Teladoc que se describen a continuación están sujetos a la disponibilidad en el estado. El acceso a consultas telefónicas o por video puede estar restringido en algunos estados. Este *Plan* tiene un beneficio especial para los servicios de Teladoc que permite a las *Personas Cubiertas* de todas las edades recibir consultas telefónicas o videoconsultas por Internet con *Profesionales Calificados* para diagnósticos médicos primarios de rutina.
- Teladoc se puede usar:
- Cuando se necesita cuidado 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.

Otros Gastos Cubiertos (continuación)

Teladoc puede proporcionar cuidado para los siguientes tipos de condiciones:

- Medicina general, que incluye, por ejemplo:
 - Resfríos y gripe
 - Alergias
 - Bronquitis
 - Conjuntivitis
 - Infecciones de las vías respiratorias superiores
- Un resurtido de un medicamento con receta recurrente
- Cuidado pediátrico
- Asistencia médica que no es de Emergencia

Para poder obtener este beneficio, *Usted* debe llenar un formulario de divulgación de historial médico que actuará como un registro médico electrónico para consultar a un *Profesional Calificado*. Este formulario se puede llenar a través del sitio web de Teladoc, a través del centro de atención telefónica y a través de la aplicación móvil de Teladoc. Una vez que se inscriba, puede llamar por teléfono al 1-800-TELADOC (1-800-835-2362) y solicitar una consulta con un *Profesional Calificado*. Un *Profesional Calificado* luego le devolverá la llamada telefónica. Si *Usted* 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 *Profesional Calificado* extenderá una receta. La receta se enviará por teléfono a una farmacia de *Su* elección. Los beneficios por este servicio se indican en la Lista 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 por Internet con *Profesionales Calificados* u otros proveedores que no tienen contrato a través de Teladoc
- Consultas en estados o jurisdicciones donde no está disponible debido a normas o interpretaciones que afectan el ejercicio de la telemedicina para Condiciones Médicas

34. Visitas al consultorio de *Profesionales Calificados* y cargos de radiología o laboratorio relacionados a los efectos de recetar productos para dejar de fumar. Los gastos de medicamentos con receta relacionados serán pagaderos a través de la Tarjeta de Medicamentos con Receta del *Plan*.
35. Mamografías 3D de diagnóstico, pagaderas como cualquier otra *Enfermedad* o *Lesión*.
36. Terapia y asesoramiento nutricional, pagaderos como cualquier otra *Enfermedad* o *Lesión*. La terapia y asesoramiento nutricional solo está permitido para las siguientes condiciones:
 - a. VIH o sida
 - b. cáncer
 - c. bebés prematuros
 - d. diabetes
 - e. trastornos de la alimentación

Otros Gastos Cubiertos (continuación)

- f. hiperlipidemia
- g. hipertensión

El *Plan* cubrirá un máximo de cuatro visitas *una vez en la vida* por condición. Para que sea un *Gasto Cubierto*, el asesoramiento nutricional debe ser indicado por un *Profesional Calificado* y recibido de parte de un nutricionista o dietista con licencia bajo la supervisión de un *Profesional Calificado*.

- 37. Terapia de la vista, cuando se considera *Medicamente Necesaria* por condiciones específicas. Se limita a 20 visitas por episodio de cuidado.
- 38. Tratamiento, servicios y suministros para, o que lleven a, una cirugía de transición de género. Los beneficios serán pagaderos como cualquier otra *Enfermedad* o *Lesión*. Los gastos de medicamentos con receta relacionados serán pagaderos a través de la Tarjeta de Medicamentos con Receta del *Plan*.
- 39. Servicios de *telesalud*, pagaderos como cualquier otra *enfermedad* o *lesión*. Incluyen consultas hechas por una *persona cubierta* a un *profesional calificado*, así como consultas realizadas por *su profesional calificado* a otro *profesional calificado*.
- 40. Servicios de *telemedicina*, pagaderos como cualquier otra *enfermedad* o *lesión*.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Este *Plan* **no** proporciona beneficios por:

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

1. Ningún cargo por **tratamientos médicos alternativos**. Los tratamientos incluyen, entre otros: medicina holística, ayurveda y nutrición ayurveda, terapia craneosacral, yoga, homeopatía, terapia del movimiento, naturopatía, taichí chuan, sesiones de visualización y otros programas cuyo objetivo sea proporcionar gratificación o armonía personal completa, quelación (terapia con iones metálicos), excepto en el tratamiento de intoxicación por metales pesados, masaje tipo Rolfing, reiki, reflexología, tacto terapéutico, colonoterapia, terapia de masaje, terapia con hierbas, terapia con vitaminas e hipnoterapia;
2. **Acupuntura**;
3. **Mecanoterapia** u otras formas de terapia de movimiento pasivo, a menos que el *Plan* lo apruebe específicamente;
4. **Entrenamiento atlético**; o
5. **Descompresión Axial Vertebral (Vertebral Axial Decompression, VAX-D)**.

SERVICIOS DENTALES

1. Tratamiento o **cuidado dental** para los dientes, nervios y raíces de los dientes, las encías u otros tejidos gingivales, o las estructuras de sostén de los dientes (apófisis alveolares), excepto según lo indicado; o
2. Técnicas de **implantología dental**, incluidas las prótesis relacionadas con dichas técnicas, excepto que se indique específicamente lo contrario; (consulte la Guía de Beneficios Dentales para obtener información sobre los beneficios).

MEDICAMENTOS

1. Parches, productos biológicos y **medicamentos anticonceptivos**. Los beneficios podrían estar disponibles a través de la Tarjeta de Medicamentos con Receta;
2. Medicamentos, alimentos o suplementos nutricionales, o suministros médicos o de otro tipo que estén **disponibles sin la receta por escrito de un Profesional Calificado (medicamentos sin receta [over the counter, OTC])**. Los artículos sin receta que figuran específicamente como *Gastos Cubiertos* en este Plan estarán cubiertos. Cuando los artículos sin receta se proporcionen como una parte necesaria de un Gasto Cubierto incurrido en el consultorio de un *Profesional Calificado*, *Hospital* u otro centro estarán cubiertos. Esta exclusión no se aplica en la medida en que estos artículos sean la única fuente disponible de nutrición; o
3. Cargos por **medicamentos con receta**, a menos que estos se proporcionen durante una visita al consultorio cubierta a un *Profesional Calificado* o durante una estadía cubierta en el *Hospital* y que no estén excluidos por ninguna otra disposición de este *Plan*. Tenga en cuenta que, si *Su* medicamento con receta está excluido por la Tarjeta de Medicamentos con Receta, no cumplirá los requisitos para reembolso a través del *Plan* médico.

Limitaciones y Exclusiones (continuación)

SERVICIOS EXPERIMENTALES O NO COMPROBADOS

1. Servicios experimentales, de investigación o no comprobados, lo que se refiere a cualquier medicamento, servicio, suministro, cuidado 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 ni que sea un estándar seguro y eficaz del ejercicio de la medicina para una condición en particular. Esto incluye, entre otros:
 - 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, ensayos clínicos en fase I, II o III (a menos que se identifiquen como servicios cubiertos en alguna otra parte);
 - b. 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 (no han 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 ensayos clínicos grandes, controlados o aleatorios, en humanos O al menos uno o más estudios multicéntricos, nacionales grandes y controlados realizados en la población;
 - c. artículos basados en evidencia aislada y no comprobada (bibliografía que consta únicamente de estudios de casos o ensayos no controlados), es decir, 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;
 - d. 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 aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o de Medicare no garantiza que un medicamento, suministro, cuidado 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, cuidado o tratamiento se considera experimental, de investigación o no comprobado. Para evaluar los reclamos de cuidado oncológico, 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 médica 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.

APARIENCIA FÍSICA

1. **Cirugía plástica o estética**, incluidos los servicios o suministros relacionados, como resultado de complicaciones o de la reversión de una cirugía estética. La cirugía reconstructiva debido a una *Lesión*, infección u otra Enfermedad de la parte afectada es un *Gasto Cubierto* cuando la necesidad de dicha cirugía no es el resultado de una complicación de un procedimiento estético anterior;

Limitaciones y Exclusiones (continuación)

2. Tratamiento de una **anomalía o Enfermedad congénita**, excepto para corregir un defecto funcional;
3. Ningún tratamiento o servicio para **controlar o reducir el peso**. El tratamiento incluye, entre otros: suplementos nutricionales (excepto que se indique específicamente lo contrario); asesoramiento nutricional o alimentario; terapia individual o para la modificación del comportamiento; procedimientos de pesaje bajo el agua o de composición corporal; terapia de ejercicio; programas para el control o la reducción del peso; excepto según se indica específicamente para el asesoramiento preventivo;
4. Ningún tratamiento de la **obesidad** o de la **Obesidad Mórbida**, que incluye, entre otros, cirugía (p. ej., banda gástrica, balón gástrico, baipás intestinal o estomacal, o liposucción). Las visitas de consultorio y las pruebas de laboratorio realizadas por un *médico que cumpla los requisitos* y que se relacionen con una condición médica subyacente y vinculada a la **obesidad** serán un *gasto cubierto*;
5. **Pelucas** o prótesis capilares artificiales, excepto según se indique específicamente lo contrario;
6. Ningún tratamiento de la **ginecomastia** (agrandamiento del tejido mamario en hombres); o
7. Ningún tratamiento de la **hiperhidrosis** (sudoración excesiva).

PROVEEDORES

1. Ningún servicio o suministro:
 - a. prestado o proporcionado mientras *Usted no esté bajo el cuidado habitual de un Profesional Calificado*,
 - b. **no autorizado o recetado por un Profesional Calificado**,
 - c. autorizado o recetado por un *Profesional Calificado*, pero **excluido por este Plan**;
2. Servicios prestados por una **persona que habitualmente reside en Su domicilio** o que es un *Familiar*;
3. **Llenado de formularios de reclamo** o formularios necesarios para *Su* regreso al trabajo o a la escuela. Ninguna cita a la que *Usted* no asistió;
4. **Servicios para enfermería privada** mientras está en un *Hospital* u otro *Centro de Tratamiento Calificado*;
5. Cargos por un **equipo quirúrgico en espera**, a menos que la cirugía se practique realmente; o
6. **Cargos fuera de hora en relación con un servicio prestado durante el horario de atención normal** del proveedor.

REPRODUCCIÓN

1. Cargos por **semen de donante para inseminación artificial, fecundación in vitro, fecundación in vivo**, procedimientos de transporte de embriones, sustancias inyectables, medicamentos usados para corregir anomalías fisiológicas o para estimular el aparato reproductor natural de la persona, suministros, procedimientos y **todos los demás gastos relacionados con el tratamiento de la infertilidad**;
2. Tratamiento, servicios o suministros para una **madre sustituta** o cualquier embarazo producto de *Sus* servicios como madre sustituta, solo si la madre sustituta no es una *Persona Cubierta* por este *Plan*;

Limitaciones y Exclusiones (continuación)

3. **Asesoramiento o análisis genéticos**, a menos que se usen para tratar la *Enfermedad o Lesión* de una *Persona Cubierta*, usados en el tratamiento de un embarazo de alto riesgo o a menos que se indique específicamente lo contrario como un *Gasto Cubierto*;
4. La **reversión de procedimientos de esterilización voluntaria**;
5. **Abortos provocados** por cualquier medio, incluidos los métodos quirúrgicos y farmacéuticos; o
6. Tratamiento de una **disfunción sexual**, que incluye, entre otros, terapia o asesoramiento sexual, implantes y hormonoterapia. Los beneficios por medicamentos con receta podrían estar disponibles a través de la Tarjeta de Medicamentos con Receta.

SALUD GENERAL Y DE RUTINA

1. **Terapia refractiva corneal**, queratotomía radial o queratoplastia para corregir trastornos de la refracción, anteojos o el ajuste o reparación de anteojos. La compra inicial de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas es un *Gasto Cubierto*; o
2. **Controles de salud o exámenes de rutina y vacunas**; cirugía profiláctica para prevenir una *Enfermedad* que aún no se ha manifestado; o exámenes de terceros, que incluyen, entre otros, pruebas o exámenes premaritales; exámenes dirigidos o solicitados por un tribunal de justicia; exámenes médicos de rutina con fines de ocupación, empleo o la compra de un seguro; a menos que figure específicamente como un *Gasto Cubierto*.

SERVICIOS CONFORME A OTRO PLAN

1. Ninguna *Lesión o Enfermedad* que surja de cualquier ocupación o empleo lucrativo o remunerado, o en el transcurso de este. Esto solo se aplicará cuando los beneficios estén disponibles o sean pagaderos conforme a cualquier Ley de **Seguro de Accidentes Laborales** o Ley de Enfermedades Laborales, independientemente de que se haya presentado un reclamo por esos beneficios;
2. Ningún servicio o suministro por el que **no se cobre** o por el cual *Usted* no debería pagar si no tuviera esta cobertura;
3. Ningún cargo que **habría pagado Su plan primario** si *Usted* hubiera cumplido con todos los requisitos de precertificación de ese plan;
4. Ningún servicio prestado o suministro proporcionado o **pagadero por cualquier plan o ley de cualquier gobierno** o cualquier subdivisión política (esto no incluye *Medicare* ni *Medicaid*); o
5. Ningún servicio prestado o suministro proporcionado en el cuidado de cualquier *Lesión o Enfermedad* (actual o anterior) relacionada con el servicio, **si *Usted* está en un Hospital o centro que es propiedad de, o está administrado por, el gobierno de los Estados Unidos** o cualquiera de sus agencias.

OTROS

1. Cargos que **excedan los cargos Habituales, Usuales y Razonables** para el servicio o suministro;
2. Servicios que **no son Medicamente Necesarios** para el diagnóstico y tratamiento de una *Lesión o Enfermedad*;

Limitaciones y Exclusiones (continuación)

3. *Cuidado de Custodia*;
4. Ningún Gasto médico Incurrido **después de la fecha en que se cancela Su cobertura conforme al Plan**, excepto según lo específicamente descrito;
5. Cargos incurridos **fuera de los Estados Unidos** si *Usted* viajó a ese lugar para obtener el servicio, medicamento o suministro;
6. Ningún gasto médico debido a la perpetración o el intento de perpetrar una **agresión o un delito civil o penal**, excepto si se debe a violencia intrafamiliar;
7. Ninguna pérdida provocada por o resultante de:
 - a. **guerra o cualquier acto de guerra**, ya sea declarada o no, o
 - b. cualquier acto de un conflicto armado internacional, o cualquier conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional;
8. **Capacitación o pruebas educativas o terapia recreativa**;
9. Servicios o tratamiento para **problemas del comportamiento, discapacidades del aprendizaje, retrasos del desarrollo** u otras *Condiciones Médicas* que no constituyan un diagnóstico médico distintivo, excepto según se indique específicamente lo contrario para la terapia del habla o la *Terapia de Análisis Conductual Aplicado*;
10. Ningún trasplante de órganos o tejido humano, excepto según lo indicado. Ningún **trasplante de órganos no humanos**. Ningún trasplante de órganos artificiales;
11. Ningún tratamiento que se proporcione para **mejorar el estilo de vida de una persona sin tratar** una *Enfermedad o Lesión*;
12. Ningún servicio o suministro que se preste o proporcione en relación con o para cumplir con: **una orden judicial; una internación psiquiátrica involuntaria; una detención policial**; u otro asunto similar;
13. **Nutrición parenteral total (total parenteral nutrition, TPN)** excepto cuando se administra en lugar de una *hospitalización*;
14. Ningún servicio prestado o suministro proporcionado en relación con, o **como resultado de, cualquier servicio o suministro que no sea un Gasto Cubierto**, excepto que se indique específicamente lo contrario; o
15. Cuidado o costos adicionales relacionados con **cirugías erróneas**. Las cirugías erróneas incluyen, entre otras, 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.

TARJETA DE MEDICAMENTOS CON RECETA

En el sitio web de la Tarjeta de Medicamentos se encuentra disponible un directorio de las farmacias participantes. Para buscar una farmacia participante, *Usted* también puede llamar al número de Servicio al Cliente de la Tarjeta de Medicamentos que se encuentra en *Su* tarjeta de ID.

Medicamentos cubiertos

Su Tarjeta de Medicamentos proporciona cobertura para la mayoría de los medicamentos de uso frecuente que son medicamentos con receta. Los medicamentos con receta son aquellos que requieren una etiqueta que indique: “Caution: Federal law prohibits dispensing without a prescription” (Precaución: La ley federal prohíbe el suministro sin una receta). Para verificar la cobertura de un medicamento, *Usted*, *Su* farmacéutico o el médico que receta pueden comunicarse con el servicio de la Tarjeta de Medicamentos al número que se encuentra en *Su* tarjeta de ID o en el sitio web. Si no puede acceder al sitio web 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 con Receta

Presente la tarjeta de ID y la receta en una farmacia participante. Luego firme el cupón del farmacéutico y pague al farmacéutico el copago que se indica en la Lista de Beneficios.

Si no tiene consigo *Su* tarjeta de ID o si usa una farmacia no participante, deberá pagar el medicamento con receta y presentar un reclamo ante el servicio de la Tarjeta de Medicamentos. Puede solicitar los formularios de reclamo a *Su Empleador*, obtenerlos por Internet en el sitio web de la Tarjeta de Medicamentos o pedirlos por teléfono a Servicio al Cliente de la Tarjeta de Medicamentos.

Farmacia de pedidos por correo

Si usa un medicamento con receta para condiciones crónicas, puede comprar ese medicamento en la farmacia con servicio de medicamentos por correo de la Tarjeta de Medicamentos. La mayoría de los medicamentos cubiertos por la Tarjeta de Medicamentos también se pueden comprar en una farmacia de pedidos por correo. La farmacia de pedidos por correo se usa principalmente para comprar medicamentos que tratan una Condición Médica crónica y que se toman con regularidad.

El copago por recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo se indica en la Lista de Beneficios.

Las recetas se deben enviar a la farmacia con servicio de medicamentos por correo de la Tarjeta de Medicamentos. Los formularios de pedido se encuentran disponibles en el sitio web de la Tarjeta de Medicamentos, y también puede pedirlos a Servicio al Cliente de la Tarjeta de Medicamentos o a *Su Empleador*. Todos los medicamentos con receta se enviarán por correo directamente a *Su* domicilio o dirección de entrega elegida.

Programa del Formulario

Este *Plan* usa un Programa del Formulario para reducir los costos de medicamentos y asegurar la calidad. El Formulario es una lista de los medicamentos de marca preferidos. La lista de medicamentos de marca preferidos se encuentra disponible en el sitio web de la Tarjeta de Medicamentos o puede pedirla a Servicio al Cliente de la Tarjeta de Medicamentos. Le recomendamos que le muestre esta lista a *Su Profesional Calificado* cuando le recete medicamentos. El *Plan* le recomienda que use el Formulario siempre que sea posible.

El uso del Formulario es voluntario. Sin embargo, los medicamentos que no estén en el Formulario podrían tener copagos más altos o estar excluidos, según se indica en la Lista de Beneficios.

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA
INTENCIONAL**

SECCIÓN 2 DEFINICIONES

DEFINICIONES

Ciertas palabras y frases que se usan en este Resumen de la Descripción del Plan se definen a continuación como una explicación de cómo se usan los términos en el *Plan*. Las palabras definidas aparecen en *cursiva* por todo el *Plan*.

Accidente

Suceso fortuito sin intención ni premeditación. Suceso que es imprevisto, inesperado e inusual en el momento en que ocurre.

Activo en el Trabajo

Que realiza todas las tareas normales y habituales del empleo a tiempo completo, durante al menos 20 horas por semana. Las tareas pueden realizarse en la empresa del *Empleador* o en otro lugar si *Usted* debe viajar en el trabajo. *Usted* estará *Activo en el Trabajo* durante cada día de vacaciones remuneradas si estuvo *Activo en el Trabajo* en *Su* último día laborable habitual. Estará *Activo en el Trabajo* en cada día festivo no laborable si estuvo *Activo en el Trabajo* en *Su* último día laborable habitual.

Administrador de Reclamos

Persona o compañía empleada por el *Administrador del Plan* para prestar servicios administrativos al *Plan*. Los servicios administrativos incluyen el procesamiento de reclamos. Si un *Administrador de Reclamos* no es empleado del *Administrador del Plan*, el *Administrador de Reclamos* será el *Empleador*.

Administrador del Plan

Entidad que es responsable de las funciones cotidianas y de la contratación de personal del *Plan*. El *Administrador del Plan* puede emplear a otras personas o compañías para procesar reclamos y prestar otros servicios.

Agencia de Asistencia Médica a Domicilio

Agencia u organización que se especializa en proporcionar cuidado médico en el domicilio. Tal proveedor debe cumplir con todas las condiciones siguientes:

1. Su finalidad principal es proporcionar enfermería especializada y otros servicios médicos. Cuenta con la debida licencia en el lugar donde se prestan los servicios;
2. Tiene normas establecidas por un grupo de profesionales. Este grupo de profesionales debe tener al menos una enfermera titulada (R.N.) que regule los servicios prestados. Debe proporcionar la supervisión a tiempo completo de dichos servicios de parte de un *Profesional Calificado* o una enfermera titulada;
3. Mantiene un registro médico completo de cada paciente;
4. Cuenta con un administrador a tiempo completo; y
5. Está aprobado por *Medicare*.

Agencia de Cuidados Paliativos

Agencia cuya finalidad principal es prestar servicios para Cuidados Paliativos. Debe tener licencia y estar administrada de acuerdo con las leyes del estado en la que está ubicada. Debe cumplir con todos los requisitos siguientes: ha obtenido cualquier certificado de necesidad requerido; presta servicios las 24 horas del día, los siete días de la semana; está supervisada por un *Profesional Calificado*; tiene un coordinador a tiempo completo; mantiene registros por escrito de los servicios prestados a cada paciente; tiene un coordinador de enfermeras que es una enfermera titulada (R.N.) con cuatro años de experiencia clínica a tiempo completo, de los cuales al menos dos años implicaron el cuidado de pacientes con Enfermedad terminal; y tiene un coordinador de servicios sociales con licencia.

Definiciones (continuación)

Una *Agencia de Cuidados Paliativos* establecerá normas para la prestación de *Cuidados Paliativos*. Evaluará las necesidades médicas y sociales del paciente y desarrollará un programa para satisfacer esas necesidades. Proporcionará un programa de aseguramiento de la calidad permanente. Permitirá al personal médico del área usar sus servicios para sus pacientes. Hará uso de voluntarios capacitados en el cuidado de, y los servicios para, necesidades no médicas.

Año Calendario

Período de 12 meses que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.

Aparatos Auditivos

Tecnología de amplificación que optimiza la audibilidad y la capacidad para escuchar en los entornos que frecuenta habitualmente el paciente, incluido un instrumento portátil o dispositivo diseñado para asistir o compensar las limitaciones auditivas humanas. Los Aparatos Auditivos incluirán las piezas o los moldes para oído.

Centro de Cirugía Ambulatoria

Centro distintivo cuya finalidad comercial es prestar servicios quirúrgicos a Pacientes Ambulatorios. El centro debe contar con la debida licencia del estado en el que está ubicado. No puede alojar a los pacientes para que pasen la noche.

Centro de Cuidado de Urgencia (clínica sin previa cita)

Centro que proporciona cuidado médico para Pacientes Ambulatorios sin previa cita o sin necesidad de programar una cita. Dicho cuidado se puede ofrecer durante horarios extendidos que incluyen horario vespertino, fines de semana y días festivos. *Centro de Cuidado de Urgencia* no incluye un *Hospital* ni una sala de Emergencias.

Centro de Cuidado Prolongado

Centro, o una parte característica de este, que cuenta con la debida licencia donde se encuentra ubicado. Debe mantener y proporcionar:

1. Instalaciones de cuidado de la salud con cama a tiempo completo para los pacientes residentes;
2. Servicios de un *Profesional Calificado* disponibles en todo momento;
3. Una enfermera titulada (R.N.) o un *Profesional Calificado* a cargo y en servicio a tiempo completo. Con una o más enfermeras tituladas (R.N.) o enfermeras especialistas o vocacionales con licencia en servicio a tiempo completo;
4. Un registro diario para cada paciente; y
5. Cuidado de enfermería especializada permanente durante la convalecencia de una *Enfermedad* o *Lesión*.

Un *Centro de Cuidado Prolongado* no es, excepto por incidente, una casa de reposo, un asilo de ancianos ni un lugar que se ocupa del cuidado y tratamiento de drogadictos o alcohólicos.

Centro de Cuidados Paliativos

Centro con licencia o parte de este que proporciona principalmente *Cuidados Paliativos*. Tiene servicios de enfermería las 24 horas del día prestados bajo la dirección de una enfermera titulada (R.N.). Cuenta con un administrador a tiempo completo. Mantiene registros médicos de cada paciente. Tiene un programa de aseguramiento de la calidad permanente y tiene un *Profesional Calificado* de guardia en todo momento.

Centro de Tratamiento Calificado

Centro que cuenta con la debida licencia y funciona dentro del alcance de su licencia.

Plan EPO - Modificado el 7/1/21

Definiciones (continuación)

Complicaciones del Embarazo

1. *Condiciones Médicas* que son características del embarazo, pero que afectan al embarazo o son causadas por el embarazo. Tales condiciones incluyen nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, hiperemesis gravídica, infección puerperal, toxemia, eclampsia y aborto retenido;
2. Una cesárea (procedimiento quirúrgico) que no es por elección;
3. Embarazo ectópico interrumpido; o
4. Interrupción espontánea del embarazo que ocurre durante una gestación en la cual no es posible un parto viable.

Complicaciones del Embarazo no significa: trabajo de parto falso; sangrado leve ocasional; indicación de reposo durante el embarazo; o condiciones similares asociadas con el manejo de un embarazo difícil, pero que no constituyen un diagnóstico médico distintivo.

Condición Médica

Síndrome o grupo de síntomas que no son atribuibles a una Enfermedad específica o un diagnóstico médico distintivo.

Convenio del Fideicomiso

El Convenio y la Declaración del Fideicomiso que establece CEBT, con fecha del 9 de agosto de 1976, con sus modificaciones o Enmiendas.

Cuidado de Custodia

Cuidado para asistir en las actividades de la vida diaria. Cuidado que no es probable que mejore *Su Enfermedad* o *Lesión*.

Cuidado de la Salud a Domicilio

Programa formal de cuidado y tratamiento intermitente que: Se realiza en el domicilio; es indicado por un médico; es cuidado intermitente y tratamiento para la recuperación de la salud o la fuerza física según un plan de cuidado establecido; se indica en lugar de una estadía en un *Hospital* o un *Centro de Cuidado Prolongado* o para reducir una estadía en un *Hospital* o un *Centro de Cuidado Prolongado*; está organizado, es administrado y es supervisado por un *Hospital* o proveedores con licencia calificados bajo la dirección médica de un médico; y es apropiado cuando no es razonable esperar que la *Persona Cubierta* obtenga los servicios o suministros médicamente indicados fuera del domicilio.

A efectos del *Cuidado de la Salud a Domicilio*, servicios de enfermería se refiere al cuidado de enfermería intermitente a domicilio que proporcionan enfermeras tituladas profesionales o enfermeras especialistas con licencia. Intermitente se refiere al cuidado ocasional o segmentado, es decir, cuidado que no se brinda constante o ininterrumpidamente.

Cuidado de Urgencia

Todo cuidado que, en la opinión de *Su Profesional Calificado* es una situación de Cuidado de Urgencia. Todo cuidado que, en caso de usarse los plazos de cuidado que no son de urgencia, podría poner en riesgo *Su* vida, *Su* salud o *Su* capacidad para recuperar una función al máximo.

Cuidados Paliativos

Cuidados paliativos y de apoyo para los pacientes de Centros de Cuidados Paliativos. Ofrece cuidado de apoyo a las familias de los pacientes de Centros de Cuidados Paliativos. Ofrece una evaluación de las necesidades médicas y sociales de pacientes de Centros de Cuidados Paliativos y una descripción del cuidado necesario para satisfacer esas necesidades. Los *Cuidados Paliativos* se deben proporcionar conforme a un plan por Plan EPO - Modificado el 7/1/21

Definiciones (continuación)

escrito de *Cuidados Paliativos*. El plan debe ser establecido y revisado por el *Profesional Calificado* que atiende a la persona y la *Agencia de Cuidados Paliativos*.

Dependiente

1. Cónyuge legal de un *Empleado* cubierto, según lo definido en el estado en el que *Usted* reside, siempre que:
 - a. el cónyuge no esté legalmente separado del *Empleado* y
 - b. como resultado, el *Empleado* cumple los requisitos para indicar que su estado civil es casado en su Declaración del Impuesto Federal sobre los Ingresos vigente;
2. Un conviviente civil del *Empleado* cubierto, que cumple los requisitos de la Ley de Unión Civil de Colorado;
3. Las siguientes personas casadas o solteras del *Empleado* cubierto: hijo biológico de nacimiento natural; hijastro; niño bajo guarda; hijo del conviviente civil; hijo legalmente adoptado; niño puesto bajo la tutela legal del *Empleado* por orden judicial; o un hijo puesto al cuidado del *Empleado* con el propósito de adopción y por el cual el *Empleado* tiene la obligación legal de manutención total o parcial; cuya edad es menor que la edad límite.

La edad límite de cada hijo *Dependiente* es el último día del mes en que cumple 26 años.

Derecho a verificar los requisitos de participación de Dependientes

El *Plan* se reserva el derecho a verificar si un *Dependiente* cumple los requisitos de participación en cualquier momento del año. *Usted* y *Su Dependiente* tienen la obligación de notificar al *Plan* cuando cambie el estado de cumplimiento de los requisitos de participación del *Dependiente* durante el año. Notifique a *Su Empleador* cualquier cambio de estado.

Si, desde la fecha en que un hijo *Dependiente* cumple la edad límite, existen todas las condiciones siguientes al mismo tiempo:

1. El hijo está mental o físicamente incapacitado;
2. El hijo es incapaz de tener un empleo para su propio sustento;
3. El hijo es *Dependiente* del *Empleado* cubierto para su apoyo y manutención económica; y
4. El hijo es soltero,

ese hijo seguirá cumpliendo los requisitos para ser un *Dependiente* de un *Empleado* cubierto o puede ser inscrito como el *Dependiente* de un nuevo *Empleado*. Si el hijo no ha cumplido ininterrumpidamente con todas las condiciones anteriores desde que cumplió la edad límite, no cumplirá los requisitos para tener la cobertura del *Plan*.

Usted debe presentar un comprobante satisfactorio de que existen las condiciones anteriores desde la fecha en que se cumplió la edad límite (el Aviso de Aprobación de Ingresos del Seguro Social es aceptable). Dicho comprobante no se puede solicitar más de una vez al año después de transcurridos dos años desde la fecha en que se presentó el primer comprobante. Si no se presenta un comprobante satisfactorio, la cobertura del hijo terminará en la fecha en que venza el comprobante.

Si dos *Empleados* cumplen los requisitos para obtener la cobertura de este *Plan* a través del mismo *Empleador* contribuyente, el 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*.

Definiciones (continuación)

Discapacidad Total o Totalmente Discapacitado

Incapacidad permanente, debido a *Lesión* o *Enfermedad*, para realizar todas y cada una de las labores sustanciales de *Su* trabajo u ocupación.

Emergencia

Cualquier *Lesión* o *Enfermedad* que pudiera poner en peligro o perjudicar la salud de la *Persona Cubierta* si no se la trata inmediatamente. Una *Emergencia* puede o no ser potencialmente mortal. Se considera que una condición es una situación de cuidado de *Emergencia* si surge una condición tan repentina y grave que una *Persona Prudente* podría razonablemente prever que, a menos que se brinde cuidado médico inmediato, la vida del paciente estaría en peligro, el paciente sufriría dolor intenso o se produciría una limitación grave en sus funciones corporales. Los ejemplos de una situación de cuidado de *Emergencia* pueden incluir, entre otros: 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

Usted cuando *Usted*: es un Empleado regular del *Empleador*; recibe un salario o una remuneración de parte del *Empleador*; y está *Activo en el Trabajo*. A los efectos de este *Plan*, *Empleado* no incluye a los contratistas independientes ni a los *Empleados* externos.

Empleador

Empleador contribuyente en CEBT, que emplea al *Empleado* cubierto. El *Empleador* está obligado a hacer contribuciones, según un Convenio de Participación o un Convenio del Fideicomiso, al *Plan* o, quien, en realidad, hace una o más contribuciones al *Plan*.

Enfermedad

Enfermedad o trastorno en la función o la estructura del cuerpo. Puede causar signos o síntomas físicos y, si no se lo trata, provocar el deterioro del estado de salud de la estructura o de los sistemas del cuerpo. *Enfermedad* incluye el tratamiento proporcionado como resultado de antecedentes familiares de una *Enfermedad* específica.

Enmienda

Documento por escrito que modifica las disposiciones del *Plan*. Debe estar debidamente autorizado y firmado por el *Administrador del Plan*.

Familiar

Su cónyuge legal. *Su* hijo o hija. *Su* padre o madre. *Su* abuelo o abuela. *Su* hermano o hermana. Cualquier persona con el mismo parentesco que *Su Dependiente* cubierto.

Fecha de Inscripción

El primer día del período en el que *Usted* comienza a cumplir los requisitos o, si es antes, *Su* fecha de vigencia de la cobertura en este *Plan*. Si *Usted* es un *Solicitante Tardío*, *Su Fecha de Inscripción* es la fecha de vigencia de *Su* cobertura en este *Plan*.

Fideicomiso

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

Fiduciario Designado

CEBT, que tiene la facultad de controlar y administrar el funcionamiento del *Plan*, que fue establecido por el *Convenio del Fideicomiso*.

Definiciones (continuación)

Gasto Incurrido

Con respecto a los gastos médicos, el cargo *Habitual, Usual y Razonable*, la *Tarifa Negociada* o la lista de tarifas por los servicios y suministros necesarios para tratar la *Lesión o Enfermedad*. La fecha en que se proporciona un suministro o se presta un servicio es la fecha del *Gasto Incurrido*.

Gastos Cubiertos

Gastos que no están excluidos por el *Plan* en los que *Usted* o *Sus Dependientes* cubiertos incurren debido a una *Lesión o Enfermedad*. Los gastos se deben incurrir mientras *Usted* tiene este beneficio cubierto por este *Plan*.

Habitual, Usual y Razonable

Por Proveedores que No son de *EPO*, la menor de la tarifa cobrada con más frecuencia por el proveedor o la tarifa permitida máxima según lo determinado por el *Plan*. La tarifa permitida máxima se establece al comparar el servicio con una base de datos nacional de tarifas. La base de datos se ajusta a la localidad en donde se prestó el servicio.

1. Si se realiza más de una cirugía durante una sesión operatoria, el *Gasto Cubierto* estará limitado. Se deberá pagar la tarifa *Habitual, Usual y Razonable* (CU&R) por el procedimiento quirúrgico primario. Se deberá pagar el 50% de la tarifa *Habitual, Usual y Razonable* por el procedimiento secundario. Se deberá pagar el 50% de la tarifa *Habitual, Usual y Razonable* por el tercer procedimiento y subsiguientes.
2. Si se requiere un cirujano asistente, el cargo cubierto del cirujano asistente no excederá el 20% de la asignación por el procedimiento primario practicado.

En caso de un Proveedor de *EPO*, significará la tarifa con descuento de la *EPO* negociada para el servicio o procedimiento.

Hospital

Hospital se refiere a un centro que:

1. Es una institución con licencia autorizada para funcionar como *Hospital* por el estado en el que se encuentra; y
2. Ofrece instalaciones terapéuticas y de diagnóstico para el tratamiento, diagnóstico médico o quirúrgico, y el cuidado de heridos y enfermos, a cuenta del paciente; y
3. Cuenta con una plantilla de médicos con licencia disponible en todo momento; y
4. 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
5. Presta constantemente servicios de enfermería en las instalaciones las 24 horas, a cargo de o bajo la supervisión de una enfermera titulada; y
6. No es un lugar principalmente para el Cuidado de Custodia o de mantenimiento.

A los efectos de este *Plan*, el término "*Hospital*" también incluye Centros Quirúrgicos y de Maternidad con licencias emitidas por el estado en el que funcionan. El término "*Hospital*" no incluye servicios prestados en instalaciones que funcionen como centros de tratamiento residencial.

Definiciones (continuación)

Internación

Ser un paciente que reside en un *Hospital* durante al menos 72 horas consecutivas. Ser un paciente en cama que reside en un *Centro de Cuidado Prolongado* o en otro *Centro de Tratamiento Calificado* durante 72 horas. Las *Internaciones* se consideran consecutivas si:

1. Se deben a la misma *Lesión* o *Enfermedad*; y
2. Están separadas por menos de 30 días consecutivos en los que *Usted* no está internado.

Junta Fiduciaria

La *Junta Fiduciaria* establecida por el *Convenio del Fideicomiso*.

Lesión

Daño físico sufrido en el cuerpo a causa de una fuerza externa. El daño debe haber sido provocado directa e independientemente de todas las demás causas de un *Accidente*. El dolor o el cansancio muscular es una *Enfermedad* conforme al *Plan*. El esfuerzo excesivo en una actividad atlética o física es una *Enfermedad* conforme al *Plan*.

Maternidad

Centro con licencia que: 1. Proporciona cuidado prenatal, cuidado para el parto y cuidado inmediato después del parto, así como el cuidado de un hijo nacido en la *Maternidad*; 2. Es dirigido por un *Profesional Calificado* que se especializa en obstetricia y ginecología; 3. Tiene un *Profesional Calificado* o enfermera partera certificada presente en todos los partos y durante el período inmediatamente después del parto; 4. Extiende privilegios de personal a los *Profesionales Calificados* que ejercen la obstetricia y ginecología en el área; 5. Tiene al menos dos camas o salas de parto para el uso de las pacientes durante el trabajo de parto y parto; 6. Presta servicios de enfermería especializada a tiempo completo (dirigidos por una enfermera titulada o enfermera partera certificada) en las salas de parto y recuperación; 7. Presta servicios radiológicos y de laboratorio de diagnóstico para la madre y el recién nacido; 8. Tiene la capacidad de administrar un anestésico local y de practicar una cirugía menor (incluida la episiotomía y la reparación del desgarramiento perineal); 9. Está equipado y dotado de personal para ocuparse de las Emergencias médicas y practicar las medidas inmediatas de sistema artificial de mantenimiento de vida; 10. Solo acepta pacientes con embarazos de bajo riesgo; 11. Tiene un convenio por escrito con un *Hospital* de la zona para el traslado de *Emergencia* de pacientes y se asegura de que su personal tenga conocimiento del procedimiento; 12. Proporciona un programa de aseguramiento de la calidad constante; y 13. Mantiene un registro médico de cada paciente.

Medicamento Necesario

Significa servicios para el cuidado de la salud prestados con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una *Enfermedad*, *Lesión*, trastorno psicológico, trastorno por dependencia de sustancias, trastorno por alcoholismo o sus síntomas, que generalmente cumplen los siguientes criterios, según lo determinado por el *Plan* o *Nuestra* persona designada, a nuestro exclusivo criterio:

1. Cumplen con los estándares generalmente aceptados del ejercicio de la medicina; y
2. Son clínicamente apropiados, en cuanto al tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración, y se consideran eficaces para *Su Enfermedad*, *Lesión*, trastorno psicológico, trastorno por dependencia de sustancias, trastorno por alcoholismo o sus síntomas; y
3. No son principalmente para *Su* conveniencia ni la conveniencia de *Su Profesional Calificado*; y

Definiciones (continuación)

4. Es el cuidado, suministro o medicamento más apropiado que se puede proporcionar de forma segura a la *persona cubierta* y que tiene al menos la misma probabilidad que un servicio o una secuencia de servicios alternativos de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes al diagnóstico o tratamiento de *su enfermedad, lesión, enfermedad o síntomas*.

El hecho de que un médico o *Profesional Calificado* 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 *Medicamente Necesaria*.

Los estándares generalmente aceptados del ejercicio de la medicina 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, es posible que se tengan en cuenta los estándares basados en las recomendaciones de sociedades médicas especializadas o los estándares profesionales de cuidado. Nos reservamos el derecho a consultar la opinión de expertos para determinar si los servicios para el cuidado de la salud son *Medicamente Necesarios*. La decisión de aplicar las recomendaciones de sociedades médicas especializadas, la elección de expertos y la determinación de cuándo hacer uso de dicha opinión de expertos, quedará a nuestro exclusivo criterio.

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 *Su* disposición por teléfono al número de UMR que se encuentra en *Su* tarjeta de ID, y de los *Profesionales Calificados*, médicos y otros profesionales de cuidado de la salud en UnitedHealthcareOnline.com.

Medicare

Título XVIII, Partes A y B, de la Ley del Seguro Social, según su promulgación y sus enmiendas.

Obesidad Mórbida

Condición en la cual la presencia de exceso de peso causa traumatismos físicos; con insuficiencia pulmonar y circulatoria; donde existen complicaciones relacionadas con el tratamiento de condiciones como la aterosclerosis, la diabetes, las Enfermedades coronarias, etc.; y donde la *Persona Cubierta* tiene al menos cien libras de sobrepeso.

Organización de Proveedores Exclusivos

(Exclusive Provider Organization, EPO). Si un proveedor tiene contrato con la red de la *Organización de Proveedores Exclusivos*, es un proveedor de la *Organización de Proveedores Exclusivos*. Los proveedores de la *Organización de Proveedores Exclusivos* prestan todos los servicios a una tarifa con descuento al *Plan*. Si un proveedor no tiene contrato con la red de la *Organización de Proveedores Exclusivos*, no es un proveedor de la *Organización de Proveedores Exclusivos*.

Pacientes Ambulatorios

Se refiere a cuando *Usted* no está internado como paciente en cama que reside en un: *Hospital; Centro de Cuidado Prolongado; u otro Centro de Tratamiento Calificado*.

Persona Cubierta

El *Empleado* o cualquier *Dependiente*, cuando *Usted* está debidamente inscrito en el *Plan*.

Plan EPO - Modificado el 7/1/21

Definiciones (continuación)

Persona Prudente

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

Plan

Este *Plan* de beneficios según lo seleccionado por el *Convenio del Fideicomiso*. El término *Plan* incluye toda lista, documento adjunto y *Enmienda* al *Plan*. Los *Planes* anteriores, actuales y sucesivos se considerarán un solo *Plan* y no *Planes* separados y distintos. Este Resumen de la Descripción del *Plan* proporciona una descripción del *Plan*.

Plan de Cuidado de la Salud a Domicilio

Plan formal y por escrito elaborado por el *Profesional Calificado* de la *Persona Cubierta*, que se evalúa periódicamente. Debe indicar el diagnóstico, certificar que el *Cuidado de la Salud a Domicilio* es en lugar de una Internación en el *Hospital* y especificar el tipo y el alcance del *Cuidado de la Salud a Domicilio* requerido para el tratamiento de la *Persona Cubierta*.

Preautorización

Proceso que consiste en determinar la cobertura de beneficios antes de que se preste un servicio a una *Persona Cubierta*. Se toma una determinación a partir de los criterios de necesidad médica (*Medicamente Necesarios*) para medicamentos, suministros, pruebas, procedimientos y otros servicios que sean apropiados y eficientes en costo para la *Persona Cubierta*. 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.

Profesional 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*. Los servicios de un *Profesional Calificado* no están cubiertos si el profesional reside en *Su* domicilio o es un *Familiar*.

Reclamo Posterior al Servicio

Todo reclamo que no sea un reclamo previo al servicio.

Reclamo Previo al Servicio

Todo reclamo por el que un beneficio está condicionado, total o parcialmente, a la obtención de la preaprobación del *Plan* para el cuidado médico.

Servicios Pediátricos

Servicios prestados a una *Persona Cubierta* menor de 19 años.

Solicitante Tardío

Empleado que se inscribe en la cobertura más de 30 días después de cumplir los requisitos para estar cubierto. *Dependiente* que es inscrito en la cobertura más de 30 días después de cumplir los requisitos para estar cubierto.

Telesalud

Práctica de prestación de cuidado 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 es facturada por un *profesional calificado*.

Definiciones (continuación)

Telemedicina

Servicios clínicos prestados a *personas cubiertas* a través de comunicaciones electrónicas por medio de un proveedor.

Terapia para el Trastorno del Espectro Autista, de Análisis Conductual Aplicado (ABA), Intervención Intensiva del Comportamiento (IBI)

Los programas intensivos de terapia del comportamiento usados para tratar el trastorno del espectro autista suelen conocerse como Intervención Intensiva del Comportamiento (Intensive Behavioral Intervention, IBI), Intervención Temprana Intensiva del Comportamiento (Early Intensive Behavioral Intervention, EIBI) o Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA). Estas intervenciones están destinadas a reducir los comportamientos problemáticos y a desarrollar habilidades y comportamientos alternativos 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 comportamientos de mala adaptación, se crean planes para utilizar el uso de refuerzos a fin de reducir el comportamiento problemático 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 del comportamiento cuando el niño está en el hogar y, a veces, pueden actuar como el terapeuta principal.

Usted y Su

Usted, como el *Empleado* cubierto. Cualquiera de *Sus Dependientes*, a menos que se indique lo contrario.

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA
INTENCIONAL**

SECCIÓN 3 REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA
INTENCIONAL**

REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN Y FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA

La sección Cobertura del Empleado se aplica a los *Empleados* contratados a partir de la fecha de vigencia de este *Plan*. La sección Cobertura de Dependientes se aplica a los *Dependientes* que se agregan a partir de la fecha de vigencia de este *Plan*.

Los *Empleados* que estaban cubiertos por cualquier plan que este *Plan* reemplace estarán cubiertos en la fecha de vigencia de este *Plan*. La cobertura incluirá a los *Dependientes* de dicho *Empleado*. *Usted* debe haber cumplido los requisitos de participación del *Plan*.

COBERTURA DEL EMPLEADO

Requisitos de participación del Empleado

Usted cumple los requisitos para participar en la cobertura del *Plan* si se cumplen las siguientes condiciones:

1. *Su Empleador* ha elegido ser un integrante del CEBT;
2. *Usted* es un *Empleado* que cumple los requisitos de participación de *Su Empleador*; y
3. Cumple el período de requisitos de participación según lo determinado por *Su Empleador* (sin exceder un máximo de 90 días consecutivos de empleo a tiempo completo); o
4. Es un funcionario elegido o designado de *Su Empleador*.

Usted cumple los requisitos para estar cubierto en la fecha de finalización del período de requisitos de participación elegido por *Su Empleador*. Esta es *Su* fecha de elegibilidad.

Fecha de vigencia del Empleado

Usted debe inscribirse en los formularios aceptados por el *Administrador del Plan*. La fecha de vigencia de cada *Empleado* se determina de la siguiente manera:

1. El *Administrador del Plan* recibe *Sus* formularios llenados dentro de los 30 días de la fecha en que *Usted* cumple los requisitos de participación. Esto se considera una inscripción puntual. *Su* cobertura entrará en vigencia en *Su* fecha de elegibilidad.
2. El *Administrador del Plan* recibe *Sus* formularios llenados **más de 30 días** después de la fecha en que *Usted* cumple los requisitos de participación. Esto se considera una **inscripción tardía**. *Usted* no cumplirá los requisitos para participar en la cobertura hasta el próximo período de inscripción anual.

La cobertura comenzará a las 12:01 a.m., hora estándar, en *Su* fecha de vigencia. *Usted* debe estar activo en el trabajo con el *Empleador* antes de que la cobertura entre en vigencia conforme al *Plan*.

COBERTURA DE DEPENDIENTES

Requisitos de participación para Dependientes

Un *Dependiente* cumple los requisitos para estar cubierto en la última de las siguientes fechas:

1. La fecha en que está cubierto el *Empleado*;
2. La fecha del matrimonio del *Empleado* para un *Dependiente* adquirido en esa fecha;
3. La fecha de nacimiento del hijo;
4. La fecha en que un tribunal de justicia asigna a un niño al domicilio del *Empleado*. El niño debe estar bajo la tutela legal del *Empleado*;

Requisitos de participación para Dependientes (continuación)

5. La fecha en que un hijo es legalmente adoptado;
6. La fecha en que se emite una orden judicial válida que, según la ley federal o una disposición del *Plan*, requiere que el *Plan* proporcione cobertura; o
7. Para un conviviente civil, la fecha en que *Usted* cumple la definición de *Dependiente* según lo indicado en el *Plan*.

Los *Dependientes* solamente pueden estar cubiertos si el *Empleado* está cubierto. Consulte con *Su Empleador* cómo inscribir a los *Dependientes* en la cobertura. Una inscripción tardía puede ocasionar una demora en la cobertura.

Cuando ambos padres son *Empleados* del mismo *Empleador* contribuyente, solamente uno de ellos puede inscribir a los *Dependientes* en la cobertura.

Fecha de vigencia del Dependiente

Cada *Dependiente* debe ser inscrito en los formularios aceptados por el *Administrador del Plan*. La fecha de vigencia de la cobertura de cada *Dependiente* se determina de la siguiente manera:

1. El *Administrador del Plan* recibe los formularios llenados dentro de los 30 días de la fecha de elegibilidad del *Dependiente*. Esto se considera una inscripción puntual. Ese *Dependiente* está cubierto en su fecha de elegibilidad.
2. El *Administrador del Plan* recibe los formularios llenados **más de 30 días** después de la fecha de elegibilidad del *Dependiente*. Esto se considera una **inscripción tardía**. Ese *Dependiente* no cumplirá los requisitos para participar en la cobertura hasta el próximo período de inscripción anual.

La cobertura comenzará a las 12:01 a.m., hora estándar, en la fecha de vigencia del *Dependiente*. Un *Empleado* puede cancelar la cobertura de sus *Dependientes* cubiertos en cualquier momento con solo llenar un Formulario de Inscripción o Cambio de CEBT.

Hijos recién nacidos y adoptados

Un hijo recién nacido de un *Empleado* o cónyuge *Dependiente* cubierto está cubierto automáticamente durante los primeros 31 días de vida y un hijo adoptado está cubierto automáticamente en el período de 31 días inmediatamente después de la puesta en adopción. La cobertura solamente se proporciona automáticamente conforme a este *Plan en ausencia de la cobertura de otro plan*. La cobertura del *Dependiente* **debe** estar en vigencia para que la cobertura continúe después de los primeros 31 días de vida. Si la cobertura del *Dependiente* no está en vigencia al final de los 31 días, la cobertura del hijo se cancelará inmediatamente.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL CONFORME A LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA)

Si *Usted* tiene un evento de inscripción especial, el *Plan* le proporcionará una nueva fecha de inscripción para que *Usted* ingrese en el *Plan*, según se indica a continuación. En ese momento, *Usted* podrá inscribirse en el *Plan* médico sin estar sujeto a las disposiciones de *Solicitante Tardío* del *Plan*. Si el *Plan* tiene más de una opción de beneficios, *Usted* podrá seleccionar entre todas las opciones para las que cumple los requisitos de participación.

Derechos de Inscripción Especial (continuación)

Pérdida de otra cobertura

Si *Usted* rechazó la cobertura de este *Plan* en favor de otra cobertura de salud individual o de grupo, o la continuación en virtud de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de 1985, y la cobertura de ese otro *Plan* termina:

1. Debido a que *Usted* agotó el período máximo de COBRA;
2. Debido a que dejó de cumplir los requisitos de participación por cualquier motivo; o
3. Cesaron las contribuciones del Empleador para el costo de la otra cobertura;

Entonces ha ocurrido un evento de inscripción especial. En ese momento, un *Empleado* o *Dependiente* puede ser inscrito en este *Plan* de la siguiente manera:

1. Cuando el *Empleado* pierde la cobertura, el *Empleado* y sus *Dependientes* pueden inscribirse. Para poder inscribirse, el *Dependiente* no tiene que haber perdido la cobertura en ese momento;
2. Cuando un *Dependiente* pierde la cobertura, ese *Dependiente*, el *Empleado* y cualquier otro *Dependiente* que cumple los requisitos pueden inscribirse. Para poder inscribirse, el *Empleado* y otros *Dependientes* no tienen que haber perdido la cobertura en ese momento.

Usted debe inscribirse en este *Plan* dentro de los 30 días de la fecha de la pérdida de otra cobertura para ingresar puntualmente al *Plan*. **Debe** presentar un comprobante de que perdió la otra cobertura debido a uno de los motivos indicados anteriormente. La cobertura de este *Plan* no entrará en vigencia hasta que se presente dicho comprobante. La cobertura de este *Plan* entrará en vigencia el día en que termine la cobertura del otro plan de grupo. Si *Usted* presenta la solicitud más de 30 días después de la fecha en que termina la otra cobertura, no cumplirá los requisitos para participar en la cobertura hasta el próximo período de inscripción anual.

Matrimonio

Si *Usted*, como *Empleado*, está por casarse, ocurrirá un evento de inscripción especial en la fecha de *Su* matrimonio. En ese momento, *Usted* podrá inscribirse en este *Plan*. Todo *Dependiente* adquirido en la fecha de *Su* matrimonio también será inscrito en este momento, así como cualquier otro *Dependiente* que anteriormente no estaba cubierto por el *Plan*.

Usted debe inscribirse en este *Plan* dentro de los 30 días de la fecha del *matrimonio* para ingresar puntualmente en el *Plan*. La cobertura del *Plan* entrará en vigencia en el día de *Su* matrimonio. Si *Usted* presenta la solicitud más de 30 días después de la fecha de *Su* matrimonio, no cumplirá los requisitos para participar en la cobertura hasta el próximo período de inscripción anual.

Nacimiento, adopción o puesta en adopción

Si nace un hijo *Dependiente*, adopta o recibe la puesta en adopción de un hijo *Dependiente*, ocurrirá un evento de inscripción especial en esa fecha. En ese momento, *Usted* podrá inscribirse en este *Plan*. *Su* cónyuge y el recién nacido o hijo adoptado *Dependientes* también pueden ser inscritos en este momento, así como cualquier otro *Dependiente* que no estaba cubierto anteriormente por el *Plan*.

Usted debe inscribirse en este *Plan* dentro de los 30 días de la fecha de nacimiento, adopción o puesta en adopción para ingresar puntualmente al *Plan*. La cobertura de este *Plan* entrará en vigencia en la fecha de tal evento. Si *Usted* presenta la solicitud más de 30 días después de la fecha de tal evento, no cumplirá los requisitos para participar en la cobertura hasta el próximo período de inscripción anual.

PLAN DE SALUD INFANTIL ESTATAL O DE MEDICAID

Si *Usted* o *Sus Dependientes* estuvieron cubiertos por un plan de salud infantil estatal o un plan de Medicaid y *Su* cobertura ahora se cancelará porque ya no cumplen los requisitos de participación, ocurrirá un evento de inscripción especial en la fecha en que termine la cobertura del plan de salud infantil estatal o plan de Medicaid.

Usted debe solicitar la cobertura de este *Plan* dentro de los 60 días después de la fecha de cancelación de dicha cobertura. La cobertura de este *Plan* entrará en vigencia en la fecha en que termine la otra cobertura. Si *Usted* solicita la cobertura más de 60 días después de la fecha en que termina la cobertura del plan de salud infantil estatal o de Medicaid, se le considerará un *Solicitante Tardío* conforme a este *Plan*.

Asistencia con la prima

Los *Empleados* actuales y sus *Dependientes* que cumplen los requisitos podrían cumplir los requisitos para un evento de inscripción especial si se determina que el *Empleado* o sus *Dependientes* cumplen los requisitos, conforme a un plan de salud infantil estatal o plan de Medicaid del estado, para la asistencia con la prima con respecto a la cobertura de este *Plan*. *Usted* 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* cumplen los requisitos para dicha asistencia. Si *Usted* solicita la cobertura más de 60 días después de esa fecha, se le considerará un *Solicitante Tardío* conforme a este *Plan*.

COBERTURA PARA JUBILADOS

Los *Empleados* jubilados y sus *Dependientes* pueden, a elección del *Empleador* anterior, continuar con la cobertura. El jubilado debe tener al menos 50 años y:

1. Tener diez (10) años de cobertura continua con cualquier *Empleador* participante; o
2. Haber sido empleado de un *Empleador* participante durante al menos quince (15) años, u otras restricciones similares que puede imponer el *Empleador*. El jubilado puede continuar con la cobertura hasta los 65 años.

La cobertura para jubilados continuará hasta la fecha en que el jubilado cumpla 65 años. En ese momento, la cobertura también terminará para todos los *Dependientes* del jubilado. El jubilado debe pagar su parte de cualquier contribución del *Plan*.

Si el *Empleador* actualmente permite que los *Dependientes* de un jubilado cubierto permanezcan en el *Plan* después de que el jubilado cumple los 65 años, CEBT dejará de permitir esto después de 12/31/2017.

NOTA: Si *Usted* cumple los requisitos de participación en Medicare, los reclamos primero se deben presentar ante Medicare. Después de que Medicare haya procesado *Su* reclamo, se debe enviar al *Plan* el reclamo y la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de Medicare.

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL

Cada año, se proporcionará un período de 30 días para la inscripción. Una vez que *Usted* haya hecho las elecciones para el año, no podrá cambiar *Sus* elecciones hasta el próximo período de inscripción anual, a menos que tenga un cambio en el estado o que solicite voluntariamente cancelar la cobertura a mediados del año.

El *Administrador del Plan* debe recibir las Solicitudes de Inscripción llenadas antes del fin del período de inscripción anual de 30 días. Si no se recibe *Su* Solicitud de Inscripción llenada para ese momento, no podrá ingresar al *Plan* hasta el próximo período de inscripción anual o cambio de estado.

Período de Inscripción Anual (continuación)

Las Solicitudes de Inscripción continuarán automáticamente cada año a menos que *Usted* las revoque por escrito cada año. *Su Empleador* le notificará cuándo es el período de inscripción anual cada año.

Cambios de Estado

Si *Usted* tiene un cambio de estado, según lo definido por el Servicio de Impuestos Internos, tiene 30 días a partir de la fecha de ese cambio para hacer nuevas elecciones conforme a este *Plan*. Los cambios en *Sus* elecciones deben ser congruentes con *Su* cambio de estado o, de lo contrario, no serán permitidos. Cambio de estado significa solamente un cambio según se indica a continuación.

1. **Estado civil.** *Su* matrimonio, divorcio, separación legal, anulación o la muerte de *Su* cónyuge legal;
2. **Cantidad de Dependientes.** Aumento o disminución en la cantidad de *Dependientes* que *Usted* tiene debido a un nacimiento, una adopción, una puesta en adopción o la muerte de un Dependiente;
3. **Situación laboral.** Cualquiera de los siguientes eventos que cambian *Su* situación laboral o la de *Su Dependiente*, por ejemplo: fin o inicio de un empleo, huelga o cierre patronal, comienzo o regreso de un permiso de ausencia no remunerado, cambio de lugar de trabajo y cualquier cambio en la situación laboral que haga que *Usted* comience a cumplir o deje de cumplir los requisitos de participación conforme al plan de la Sección 125 o al plan de beneficios subyacente;
4. **Estado de Dependiente.** *Su Dependiente* comienza a cumplir o deja de cumplir los requisitos de participación en la cobertura;
5. **Residencia.** Cualquier cambio de residencia para *Usted* o *Su* Dependiente;
6. **Estado de licencia médica o familiar.** En el momento en que comienza una licencia médica o familiar, el *Empleado* puede cambiar sus elecciones en la medida de lo permitido por la *Ley de Licencia Médica y Familiar (Family and Medical Leave Act, FMLA)* federal;
7. **Continuación con COBRA.** *Usted* o *Su* Dependiente comienzan a cumplir los requisitos de participación y eligen la continuación de la cobertura en el plan de salud de grupo del Empleador según lo dispuesto por *COBRA* o una ley estatal similar;
8. **Fallo, decreto u orden judicial.** Orden resultante de un divorcio, separación legal, anulación, cambio en la custodia legal u Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos según lo definido por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), que exige que *Usted* u otra persona proporcionen cobertura para *Su* hijo *Dependiente*;
9. **Derecho a Medicare o Medicaid.** *Usted* o *Su Dependiente* comienzan a cumplir o dejan de cumplir los requisitos de participación en la Parte A o la Parte B de Medicare o en Medicaid;
10. **Derechos de inscripción especial conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).** Un evento que califica como derecho de inscripción especial conforme a la *Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico*;
11. **Aumento significativo del costo.** Los cambios de elección se limitan a aumentar *Su* elección para cubrir el aumento del costo o a cambiar la elección para proporcionar un beneficio similar ofrecido por el Empleador;
12. **Reducción significativa de la cobertura.** Reducción general en la cobertura proporcionada a todos los participantes que tiene como resultado una reducción general en la cobertura del Plan;

Cambios de Estado (continuación)

13. **Adición o eliminación de una opción de beneficios.** Los cambios de elección se limitan a elegir la nueva opción de beneficios en caso de que se agregue una opción de beneficios o a elegir un beneficio similar en caso de que se elimine una opción de beneficios;
14. **Cambios en la cobertura de un Dependiente en el plan de otro Empleador.** Los cambios de elección se limitan a los cambios resultantes de un cambio en el plan del empleador de *Su* cónyuge, excónyuge u otro *Dependiente*. Para calificar como un cambio de estado conforme a este Plan, el cambio debe estar permitido en el plan del otro empleador y en la Sección 125 del Código de Impuestos Internos, o ser el resultado de un período de elección diferente en el plan del otro empleador.

Si quiere saber si un evento califica o no como un cambio de estado, pregúntele al *Administrador de Reclamos*.

DISPOSICIÓN SOBRE TRANSFERENCIA CONYUGAL

Si ambos cónyuges son *Empleados* y cada uno tomó una cobertura individual en este *Plan*, este *Plan* permite que *Su* cónyuge tome la cobertura como *Su Dependiente* en cualquier momento.

Además, si ambos cónyuges son *Empleados* y cumplen los requisitos para participar en la cobertura de este *Plan* y *Su* cónyuge anteriormente renunció a la cobertura como *Empleado* en favor de la cobertura como *Su Dependiente*, este *Plan* permite que *Su* cónyuge tome la cobertura como *Empleado* conforme al *Plan* y que le inscriba a *Usted* y a cualquier otro *Dependiente* que cumple los requisitos como *Dependiente* de *Su* cónyuge cuando:

1. *Usted* y *Su* cónyuge deciden transferir la cobertura en el *Plan* de un cónyuge al otro;
2. *Su* cónyuge decide tomar la cobertura como *Empleado* por cualquier motivo; o
3. *Usted* cancela *Su* cobertura en el *Plan* por cualquier motivo.

Su cónyuge debe elegir la cobertura en este *Plan* dentro de los 30 días de la fecha en que termina *Su* cobertura para que se considere una inscripción puntual. La cobertura de *Su* cónyuge en este *Plan* entrará en vigencia en la fecha en que termine *Su* cobertura.

Si *Su* cónyuge presenta la solicitud más de 30 días después de la fecha en que termina *Su* cobertura, *Usted* no cumplirá los requisitos para participar en la cobertura hasta el próximo período de inscripción anual.

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 POR NO ESTAR ACTIVO EN EL TRABAJO

Si *Usted* sigue pagando las contribuciones requeridas del *Plan*, *Su* cobertura permanecerá en vigencia durante no más de:

1. Un año durante un permiso no militar aprobado para ausentarse del trabajo (incluido un permiso de ausencia por *Discapacidad Total*); o
2. Dos años consecutivos durante un período sabático aprobado.

La cobertura que es requerida por la Ley de Licencia Médica y Familiar reducirá cualquier período mencionado anteriormente. El *Plan* debe permanecer en vigencia para que se aplique esta disposición.

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

CONTINUACIÓN PARA SOBREVIVIENTES

Si *Usted* tiene la cobertura de *Dependientes* en vigencia en la fecha en que *Usted* muere, la cobertura de este *Plan* continuará para *Sus Dependientes* sobrevivientes que estaban cubiertos en el *Plan* en el día inmediatamente anterior a *Su* muerte. La continuación para sobrevivientes terminará en la primera de las siguientes fechas:

1. La fecha en que *Sus Dependientes* sobrevivientes adquieran la cobertura de cualquier otro plan de grupo;
2. Al final del período de dos años consecutivos después de *Su* muerte.

Esta continuación se hará simultáneamente con cualquier continuación de la cobertura requerida por COBRA. No se cobrará ninguna contribución requerida de la prima durante este período.

RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA

Si *Su* cobertura termina debido al fin del empleo y *Usted* califica para cumplir los requisitos de participación en este *Plan* nuevamente (es recontratado o se le considera recontratado a los efectos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio) dentro de las 26 semanas de la fecha en que terminó *Su* cobertura, se restablecerá *Su* cobertura. Si *Su* cobertura termina debido al fin del empleo y *Usted* no califica para cumplir los requisitos de participación en este *Plan* nuevamente (no es recontratado o no se lo considera recontratado a los 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 le tratará como una nueva contratación y deberá cumplir 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 personal.

CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura se cancela en la primera de las siguientes fechas:

1. La fecha de cancelación del *Plan*;
2. Para cualquier beneficio, la fecha en que el beneficio es eliminado del *Plan*;
3. El fin del período por el que se deba y no se haya pagado cualquier contribución requerida del *Empleado* o del *Empleador*;
4. La fecha en que *Usted* ingrese al servicio militar, naval o aéreo a tiempo completo de cualquier país;
5. El fin del mes en que *Usted* deje de ser una clase de personas que cumplen los requisitos de acuerdo con los requisitos de participación del *Empleador*;
6. Para todos los *Empleados*, el fin del mes en que ocurra el fin del empleo con el *Empleador* o, si es antes, el fin del mes en el cual *Usted* deje de estar *Activo en el Trabajo* según lo definido en este *Plan*;
7. Para todos los *Empleados*, el fin del mes en que ocurra *Su* jubilación, a menos que *Usted* cumpla los requisitos de participación y elija la cobertura para jubilados;
8. Para *Sus Dependientes*, la fecha en que se cancele *Su* cobertura;
9. Para un *Dependiente*, la fecha en que el *Dependiente* ingrese al servicio militar, naval o aéreo a tiempo completo de cualquier país;
10. Para un cónyuge *Dependiente*, el fin del mes en que ese *Dependiente* deje de cumplir la definición de *Dependiente* de este *Plan*;
11. Para un hijo *Dependiente*, el fin del mes en que ese hijo *Dependiente* deje de cumplir los requisitos de participación del *Plan* según lo indicado en la definición de *Dependiente*;
12. La fecha en que *Usted* solicita que entre en vigencia la cancelación de *Su* cobertura o la de *Sus Dependientes*; o
13. La fecha en que *Usted* muera.

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 cobertura es una cancelación o una interrupción retroactiva de la cobertura debido a fraude o declaración falsa intencional de un hecho importante.

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

1. Solamente tiene un efecto futuro;
2. Es atribuible a la falta de pago de las primas o contribuciones; o
3. Es iniciada por *Usted* o *Su* representante personal.

Aviso importante para Empleados activos y cónyuges mayores de 65 años

El *Plan* no puede cancelar *Su* cobertura debido a *Su* edad o situación con respecto a *Medicare*. Un *Empleado* activo que cumple los requisitos de participación en *Medicare* debido a la edad (65 años o más) tiene la opción de:

1. Mantener la cobertura conforme a este *Plan*, en caso de que los beneficios de *Medicare* sean secundarios a este *Plan*; o
2. Terminar la cobertura de este *Plan*, en cuyo caso *Medicare* sería la única cobertura disponible para *Usted*.

Un cónyuge de un *Empleado* activo que cumple los requisitos de participación en *Medicare* debido a la edad (65 años o más) tiene la misma opción.

LEY DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR (FMLA)

La Ley de Licencia Médica y Familiar es una ley federal. Esta ley se aplica a los *Empleadores* que tienen 50 o más *Empleados*. Requiere que la cobertura de este *Plan* continúe durante una licencia médica o familiar aprobada. La cobertura debe ser idéntica a la cobertura que se habría proporcionado si no se hubiera tomado la licencia médica o familiar. La cobertura debe tener el mismo costo para el *Empleado* que si no se hubiera tomado la licencia médica o familiar.

Si este *Plan* se establece mientras *Usted* está en licencia médica o familiar, *Su* cobertura entrará en vigencia en la misma fecha en que lo habría hecho si *Usted* no se hubiera tomado la licencia. Si este *Plan* se enmienda mientras *Usted* está en licencia médica o familiar, los cambios entrarán en vigencia en la misma fecha en que lo habrían hecho si *Usted* no se hubiera tomado la licencia.

REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADO

Un *Empleado* cumple los requisitos para tomarse una licencia médica o familiar si se cumplen las siguientes condiciones:

1. El *Empleado* ha estado empleado por el *Empleador* durante un total de al menos 12 meses;
2. El *Empleado* ha trabajado al menos 1,250 horas durante los 12 meses consecutivos anteriores a la solicitud de licencia médica o familiar; y
3. El *Empleado* está empleado en un lugar de trabajo que emplea al menos a 50 *Empleados*.

TIPOS DE LICENCIA

La cobertura de este *Plan* puede continuar durante un período de licencia médica o familiar. El *Empleado* debe seguir pagando la parte que le corresponde de la contribución del *Plan* durante la licencia médica o familiar. Si no se recibe el pago, la cobertura se cancelará.

Licencia médica y familiar

Hay hasta 12 semanas de cobertura disponibles durante un período de 12 meses, según lo definido por el *Empleador*, para:

1. El nacimiento del hijo del *Empleado*;
2. La puesta en adopción de un niño con el *Empleado*. La puesta en cuidado tutelar de un niño con el *Empleado*;
3. El *Empleado* que se toma la licencia para cuidar a un cónyuge, hijo, hija, padre o madre que tiene una condición de salud grave;
4. El *Empleado* que se toma la licencia debido a una condición de salud grave, que le impide desempeñar las funciones de Su puesto; o

LEY DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR (continuación)

5. Cualquier necesidad que califique, que surja de la convocatoria del cónyuge, hijo, hija, padre o madre del *Empleado* para actuar en el servicio activo de las fuerzas armadas en apoyo a una operación de contingencia.

Licencia familiar militar

Hay hasta 26 semanas de cobertura disponibles durante un período de 12 meses, según lo definido por el *Empleador*, para cuidar a un miembro de las fuerzas armadas que es el cónyuge, hijo, hija, padre, madre o familiar más cercano del *Empleado*. El cuidado debe ser necesario debido a una Lesión o Enfermedad grave sufrida por el militar en el cumplimiento del deber durante un período de servicio activo en las fuerzas armadas.

Período máximo de licencia

El máximo para cada tipo de licencia médica o familiar se aplicará por separado según lo indicado anteriormente. Si la licencia médica o familiar durante un solo período de 12 meses incluye tanto una licencia médica y familiar y una licencia familiar militar, el máximo combinado no excederá las 26 semanas.

Si tanto el *Empleado* como el cónyuge del *Empleado* están empleados por el *Empleador*, la licencia médica o familiar podría limitarse a un total combinado para ambos cónyuges de:

1. 12 semanas cuando la licencia médica o familiar se debe al nacimiento o puesta en adopción de un hijo o hija, o al cuidado de un padre o madre con una condición de salud grave;
2. 26 semanas cuando la licencia médica o familiar se debe al cuidado de un miembro de las fuerzas armadas;
o
3. 26 semanas combinadas cuando se toman las dos licencias, médica y familiar, y familiar militar.

Cancelación antes del período máximo de licencia

Si el *Empleado* decide no reincorporarse al trabajo, la cobertura en el *Plan* puede terminar en ese momento.

Si no se paga la contribución del *Plan* dentro de los 30 días de su fecha de vencimiento, la cobertura en el *Plan* puede terminar en ese momento. El aviso de cancelación se debe proporcionar al menos 15 días antes de la fecha de cancelación.

Si un *Empleado* no se reincorpora al trabajo al final de la licencia médica y familiar, se le ofrecerá la continuación con COBRA en ese momento.

Recuperación de contribuciones del Plan

El *Empleador* tiene derecho a recuperar la parte de las contribuciones del *Plan* que pagó para mantener la cobertura en el *Plan* durante una licencia médica y familiar no remunerada. Si el *Empleado* no se reincorpora al trabajo al final de la licencia, se podrá ejercer ese derecho. Este derecho no se aplicará si la no reincorporación se debe a circunstancias ajenas al control del *Empleado*.

RESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA AL REINCORPORARSE AL TRABAJO

La ley exige que se restablezca la cobertura cuando el *Empleado* se reincorpora al trabajo. El restablecimiento se aplicará independientemente de que se haya mantenido o no la cobertura en el *Plan* durante la licencia médica o familiar.

LEY DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR (continuación)

Al restablecerse la cobertura, se aplicarán todas las disposiciones y los límites del *Plan* que se habrían aplicado si no se hubiera tomado la licencia médica o familiar. No se aplicará el período de cumplimiento de requisitos.

DEFINICIONES

Solo a los efectos de esta disposición, se definen los siguientes términos:

Condición de Salud Grave. Cualquier *Enfermedad, Lesión*, limitación o condición física o mental que involucre:

1. Cuidado para pacientes hospitalizados en un *Hospital*, Centro de Cuidados Paliativos o centro de cuidado médico residencial, incluido cualquier período de incapacidad (p. ej., incapacidad para trabajar, asistir a la escuela o desempeñar otras actividades diarias habituales) debido a una condición de salud grave, o al tratamiento o recuperación de una condición de salud grave;
2. Continuidad del tratamiento de parte de un *Profesional Calificado*, incluido cualquier período de incapacidad:
 - a. durante más de tres días calendario consecutivos, si se consultó a un *Profesional Calificado* dos o más veces durante el período o si se consultó a un *Profesional Calificado* al menos una vez y se proporcionó un programa de tratamiento continuo;
 - b. debido al tratamiento prenatal o del embarazo, aunque no se proporcione tratamiento o que no dure más de tres días;
 - c. debido a una condición crónica (p. ej., una condición que requiera tratamientos periódicos de parte de un *Profesional Calificado* y que continúe durante un período prolongado, ya sea que la incapacidad sea permanente o periódica), aunque no se proporcione tratamiento o que no dure más de tres días;
 - d. que sea permanente o a largo plazo debido a una condición que requiere la supervisión de un *Profesional Calificado*, pero para la cual el tratamiento es ineficaz;
 - e. para recibir varios tratamientos de un *Profesional Calificado* para una cirugía de restauración debido a un *Accidente o Enfermedad* o para una condición con probabilidades de causar un período de incapacidad de más de tres días sin dicho tratamiento.

Condición de Salud Grave no incluye tratamientos estéticos, a menos que se requiera cuidado para pacientes hospitalizados o que surjan complicaciones, ni dolencias comunes como resfrío; gripe; dolor de oído; malestar estomacal; úlceras menores; dolor de cabeza, excepto migrañas; problemas de ortodoncia o dentales de rutina.

Cónyuge es *Su* esposo o esposa legal.

Hijo o Hija es *Su* hijo biológico natural, hijo adoptado, hijastro, niño bajo cuidado tutelar, niño puesto bajo *Su* custodia legal o un niño por el cual *Usted* actúa como padre en lugar del padre biológico natural del niño. El hijo debe ser:

1. Menor de 18 años; o
2. Mayor de 18 años, pero incapaz de cuidarse solo debido a una discapacidad física o mental.

Padre o Madre son *Sus* padres biológicos naturales, o alguien que actúa como ellos en lugar de *Sus* padres biológicos naturales.

NOTA: En la medida en que la ley local o estatal exija que un *Empleador* proporcione mayores derechos de licencia que los indicados anteriormente, este *Plan* proporcionará ese derecho mayor. Para obtener información completa sobre *Sus* derechos conforme a la Ley de Licencia Médica y Familiar, comuníquese con *Su Empleador*.

LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y RECONTRATACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Miembros de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA) es una ley federal.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DURANTE UNA LICENCIA MILITAR

La ley exige que la cobertura de este *Plan* continúe durante una licencia que está cubierta por la Ley. La cobertura debe ser la misma que la que proporciona el *Plan* a *Empleados* activos similares. Esto significa que, cuando la cobertura cambie para *Empleados* activos similares, también cambiará para la persona con licencia. El costo de dicha cobertura será:

1. Para licencias de 30 días o menos, lo mismo que la contribución del *Empleado* requerida para *Empleados* activos;
2. Para licencias de 31 días o más, hasta el 102% de la contribución total.

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

La cobertura proporcionada debido a esta Ley reducirá cualquier cobertura requerida por COBRA.

Período máximo de cobertura durante una licencia militar

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

1. La fecha en que *Usted* no se reincorpore al empleo con el *Empleador* después de terminar *Su* licencia. Los *Empleados* deben reincorporarse al empleo dentro de:
 - a. el primer día hábil completo después de terminar el servicio militar, para licencias de 30 días o menos. Se permitirá una cantidad de tiempo de viaje razonable para regresar del servicio militar,
 - b. 14 días después de terminar el servicio militar, para licencias de 31 a 180 días,
 - c. 90 días después de terminar el servicio militar, para licencias de más de 180 días; o
2. 24 meses a partir 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 reincorpora al trabajo. El restablecimiento se aplicará independientemente de que se haya mantenido o no la cobertura en el *Plan* durante la licencia. A fin de cumplir los requisitos para el restablecimiento, *Usted* debe ser de dado de baja honorablemente del servicio militar y reincorporarse al trabajo dentro de:

1. El primer día hábil completo después de terminar el servicio militar, para licencias de 30 días o menos. Se permitirá una cantidad de tiempo de viaje razonable para regresar del servicio militar;
2. 14 días después de terminar el servicio militar, para licencias de 31 a 180 días;
3. 90 días después de terminar el servicio militar, para licencias de más de 180 días.

Es posible que se le permita más tiempo para reincorporarse al trabajo si el servicio militar: le causa una *Enfermedad* o *Lesión*; o empeora una *Enfermedad* o *Lesión*. El motivo por el cual no se reincorpora dentro de los plazos indicados debe ser dicha *Enfermedad* o *Lesión*. En ese caso, puede tomarse un período de hasta dos años para reincorporarse al trabajo. Si, por razones ajenas a *Su* control, *Usted* no puede reincorporarse al trabajo dentro de los dos años, debe reincorporarse en cuanto sea razonablemente posible.

LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y RECONTRATACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (continuación)

Al restablecerse la cobertura, se aplicarán todas las disposiciones y los límites del *Plan* que se habrían aplicado si *Usted* no se hubiera tomado la licencia. No se aplicará el período de cumplimiento de requisitos.

Esto no le exime de los límites del *Plan* para una *Enfermedad* o *Lesión*: que le causó el servicio militar; o que empeoró el servicio militar. La Secretaría del Departamento de Asuntos de los Veteranos determinará si el servicio militar le causó o empeoró una *Enfermedad* o *Lesión*.

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

CONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS

LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA CONSOLIDADA (COBRA)

La Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) es una ley federal. La ley exige que los *Empleadores* ofrezcan a las personas cubiertas la continuación de la cobertura (COBRA) en el *Plan* si pierden la cobertura o si esta aumenta de costo debido a eventos específicos. COBRA se debe ofrecer a tarifas de grupo. El *Empleador* no puede exigir un certificado de buena salud como condición de COBRA. COBRA debe ser la misma cobertura para *Empleados* activos similares conforme al *Plan*. Esto significa que, cuando la cobertura cambie para *Empleados* activos similares, también cambiará para la persona con COBRA.

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

Si *Usted* pierde *Su* cobertura de salud de grupo, es posible que tenga otras opciones disponibles. Por ejemplo, podría cumplir los requisitos 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 *Su* bolsillo. Además, podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro *Plan* de salud de grupo para el que cumpla los requisitos (como el *Plan* de un cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte miembros fuera de plazo.

Derechos a COBRA del Empleado

Un *Empleado* que está cubierto por este *Plan* tiene derecho a elegir COBRA si pierde la cobertura o esta aumenta de costo debido a:

1. Una reducción en las horas de trabajo del *Empleado*; o
2. El fin del empleo del *Empleado*. Esto no se aplicará si el *Empleado* es despedido por una conducta inadecuada grave.

Derechos a COBRA del Cónyuge

El cónyuge de un *Empleado* que está cubierto por este *Plan* tiene derecho a elegir COBRA si pierde la cobertura o esta aumenta de costo debido a:

1. Una reducción en las horas de trabajo del *Empleado*;
2. El fin del empleo del *Empleado*. Esto no se aplicará si el *Empleado* es despedido por una conducta inadecuada grave;

LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA CONSOLIDADA (COBRA) (continuación)

3. La muerte del *Empleado*;
4. El fin del matrimonio del cónyuge con el *Empleado*. El matrimonio debe terminar debido a una disolución, anulación, divorcio o separación legal; o
5. La adquisición del derecho a *Medicare* por parte del *Empleado*.

Derechos a COBRA de los hijos Dependientes

El hijo *Dependiente* de un *Empleado* que está cubierto por este *Plan* tiene derecho a elegir COBRA si pierde la cobertura o esta aumenta de costo debido a:

1. Una reducción en las horas de trabajo del *Empleado*;
2. El fin del empleo del *Empleado*. Esto no se aplicará si el *Empleado* es despedido por una conducta inadecuada grave;
3. La muerte del *Empleado*;
4. El fin del matrimonio del *Empleado*. El matrimonio debe terminar debido a una disolución, anulación, divorcio o separación legal;
5. La adquisición del derecho a *Medicare* por parte del *Empleado*; o
6. El hijo deja de ser considerado un hijo *Dependiente* según lo definido en este *Plan*.

Cómo elegir COBRA

Cada persona cubierta por este *Plan* tiene un derecho independiente a elegir COBRA para sí misma. Un *Empleado* o cónyuge cubierto puede elegir COBRA para todos los Familiares. Un padre o tutor legal puede elegir la cobertura para un hijo menor.

Si la cobertura se ha cancelado en anticipación de un evento que califica, el derecho a COBRA seguirá aplicándose en el momento del evento. En este caso, COBRA entrará en vigencia en la fecha del evento, aunque sea después de la fecha en que se perdió la cobertura o esta aumentó de costo.

Si el hijo *Dependiente* del *Empleado* nace durante el período de cobertura de COBRA, ese hijo puede ser agregado a la cobertura. El hijo tendrá todos los derechos que cualquier otro hijo tendría conforme a COBRA. Si un hijo es adoptado o puesto en adopción con el *Empleado* durante el período de cobertura de COBRA, ese hijo puede ser agregado a la cobertura. El hijo tendrá todos los derechos que cualquier otro hijo tendría conforme a COBRA.

Cobertura para jubilados (si se proporciona)

Si pierde la cobertura debido a la cancelación de los beneficios para jubilados, *Usted* tiene derecho a elegir COBRA. También tiene derecho a elegir COBRA si los beneficios para jubilados se eliminan considerablemente. La cancelación o eliminación considerable debe ocurrir dentro de un año antes o después de que el *Empleador* presente la quiebra conforme al Capítulo 11.

LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA CONSOLIDADA (continuación)

Avisos y elección de cobertura

Conforme a la ley, *Usted* debe informar al *Administrador del Plan* dentro de los 60 días de: un divorcio; una separación legal; una anulación; o una disolución del matrimonio. También debe informar al *Administrador del Plan* dentro de los 60 días de que un hijo deje de cumplir la definición de *Dependiente del Plan*. El aviso se debe proporcionar dentro del período de 60 días calendario que comienza en la última de las siguientes fechas:

1. La fecha del evento que califica; o
2. La fecha en que haya una pérdida de cobertura (o habría una pérdida de cobertura) debido al evento que califica original; o
3. La fecha en que se informa al beneficiario calificado sobre este requisito de aviso al recibir este Resumen de la Descripción del Plan o el Aviso General de COBRA.

El *Empleador* debe notificar al *Administrador del Plan*: la muerte del *Empleado*; el fin del empleo; la reducción en las horas de trabajo; o la adquisición del derecho a *Medicare*. El *Empleador* también debe notificar al *Administrador del Plan* una cancelación o eliminación considerable de la cobertura para jubilados debido a la presentación de quiebra conforme al Capítulo 11. Para obtener más información, consulte Procedimientos para Dar Aviso al Plan.

Dentro de los 14 días después de recibir el aviso de que ha ocurrido uno de los eventos anteriores, el *Empleador* debe notificarle que *Usted* tiene derecho a elegir COBRA. Si el *Empleador* y el *Administrador del Plan* son la misma entidad, el aviso del derecho a elección se debe dar dentro de los 44 días. Conforme a la ley, *Usted* debe elegir COBRA dentro de los 60 días después de la última de las siguientes fechas: la fecha en que *Usted* perdería la cobertura o esta aumentaría de costo debido al evento que califica; o la fecha en que se le envían el aviso de *Su* derecho a COBRA y el Formulario de Elección.

El *Empleador* o el *Administrador del Plan* deben proporcionarle una cotización del costo mensual total de COBRA. El pago inicial vence a los 45 días después de haberse elegido la cobertura. Todos los demás pagos vencen mensualmente, sujetos a un período de gracia de 30 días.

Si elige COBRA dentro del período de 60 días, COBRA entrará en vigencia en la fecha en que *Usted* perdería la cobertura. Si no elige COBRA dentro de este período de 60 días, COBRA no estará disponible. *Su* cobertura en el *Plan* se cancelará.

Si elige COBRA, es *Su* deber hacer todos los pagos mensuales directamente al *Empleador* o al *Administrador del Plan*. El costo de COBRA debe ser un cálculo aproximado razonable del costo de la cobertura si no hubiera terminado. El *Plan* puede agregar un cargo administrativo del 2% a ese costo. El *Plan* puede cobrar un 50% adicional durante la extensión de 11 meses por discapacidad total si la persona discapacitada está cubierta. Si la persona discapacitada no está cubierta, solo se aplicará el cargo administrativo del 2% durante la extensión.

Los pagos por COBRA solo pueden aumentar una vez durante cualquier período de 12 meses. El *Empleador* o el *Administrador del Plan* es el que establece las fechas del período de 12 meses.

LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA CONSOLIDADA (continuación)

Período máximo de continuación de la cobertura

Cuando se pierde la cobertura o esta aumenta de costo, la ley exige que el *Empleador* mantenga COBRA durante un plazo máximo de:

1. 18 meses, si se debe al fin del empleo del Empleado. El fin del empleo debe ser por motivos que no sean la conducta inadecuada grave del Empleado;
2. 18 meses, si se debe a la reducción en las horas de trabajo del Empleado;
3. 36 meses, si se debe a la muerte del Empleado;
4. 36 meses, si se debe al fin del matrimonio del Empleado. El matrimonio debe terminar debido a una disolución, anulación, divorcio o separación legal;
5. 36 meses, si se debe a que el Empleado adquiere derecho a Medicare. Si la cobertura no se pierde ni aumenta de costo hasta una fecha posterior, COBRA terminará al cabo del plazo más prolongado de los siguientes: 36 meses a partir de la fecha de adquisición del derecho a Medicare del Empleado; o el período máximo de COBRA permitido debido al evento que causó la pérdida de la cobertura o el aumento del costo;
6. 36 meses, si se debe a que Su hijo deja de ser un Dependiente según lo definido en el Plan; o
7. La vida del jubilado, si se debe a la cancelación de los beneficios para jubilados. Se aplicará el mismo período si se debe a la eliminación considerable de los beneficios para jubilados. La cancelación o eliminación considerable debe ocurrir dentro de un año antes o después de que el Empleador presente la quiebra conforme al Capítulo 11. En el momento de la muerte del jubilado, todo Dependiente cubierto puede elegir COBRA durante 36 meses adicionales a partir de esa fecha.

Si *Usted* o un *Dependiente* están discapacitados en el momento de un evento que califica, un período de COBRA de 18 meses podría extenderse 11 meses más. El período de 18 meses también puede extenderse si *Usted* o un *Dependiente* quedan discapacitados durante los primeros 60 días de COBRA. *Usted* debe estar discapacitado conforme a las condiciones del Título II o el Título XVI de la Ley del Seguro Social.

El período máximo puede extenderse 29 meses desde el evento original. *Usted* debe dar aviso al *Administrador del Plan* dentro de los 60 días de la última de las siguientes fechas:

1. La fecha de la determinación de discapacidad conforme a la Ley del Seguro Social;
2. La fecha en que ocurre el evento que califica;
3. La fecha en que el beneficiario calificado pierde (o perdería) la cobertura debido al evento que califica original o la fecha en que se perdió la cobertura del Plan debido al evento que califica original; o
4. La fecha en que se informa al beneficiario calificado sobre el requisito de notificar la discapacidad al administrador de COBRA, al recibir este Resumen de la Descripción del Plan o el Aviso General de COBRA.

LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA CONSOLIDADA (continuación)

Este aviso también debe ser anterior al fin del período de COBRA de 18 meses. Si no se da aviso en estos plazos, *Usted* no cumplirá los requisitos para el período extendido. Si se determina que *Usted* ya no está discapacitado, debe notificar al *Administrador del Plan* dentro de los 30 días de esa determinación definitiva. El derecho a este período extendido se aplica a cada persona. Se aplicará aunque la persona discapacitada no siga estando cubierta. Para obtener más información, consulte Procedimientos para Dar Aviso al Plan.

Si ocurre un segundo evento durante el período inicial de 18 o 29 meses, COBRA podría extenderse hasta 36 meses. Los segundos eventos incluyen: la muerte del *Empleado*; el divorcio del *Empleado*; un hijo que deja de cumplir la definición de *Dependiente*. Un segundo evento no tendrá como resultado una extensión de COBRA si el evento no provocaría una pérdida de cobertura para un *Empleado* activo o *Dependiente*. Excepto en caso de quiebra, el período no excederá los 36 meses desde la fecha del evento original.

El período de cobertura máximo se mide desde la fecha del evento que califica. Esto se aplica aunque el evento que califica no provoque una pérdida de cobertura ni un aumento en el costo hasta una fecha posterior.

Si se rechaza COBRA en favor de una cobertura alternativa conforme al *Plan*, no se ofrecerá COBRA al final de ese período. Si se ofrece una cobertura alternativa, COBRA se reducirá en la medida en que dicha cobertura cumpla los requisitos de COBRA. Una cobertura alternativa incluye la continuación de parte de: una ley estatal; USERRA; o cualquier otra disposición del Plan.

OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA CON 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 Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) u otras opciones de cobertura de *plan* de salud de grupo (como el *plan* de un cónyuge) durante el llamado "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura con COBRA. Para obtener más información sobre muchas de estas opciones, visite www.cuidadodesalud.gov/es.

Cancelación antes del fin del período máximo de cobertura

La ley permite que COBRA se cancele antes del fin del período máximo. Dicha cancelación solamente puede ser por alguno de los siguientes motivos:

1. El Empleador deja de proporcionar un plan de beneficios de grupo a todos sus empleados;
2. El pago de COBRA no se hace a tiempo. Los pagos mensuales están sujetos a un período de gracia de 30 días. Si el pago se hace a tiempo y no es significativamente menor que la cantidad adeudada, se considerará un pago total, a menos que se le envíe un aviso de la cantidad adeudada. *Usted* tendrá 30 días a partir de la fecha del aviso para hacer el pago adicional;
3. *Usted* obtiene otro plan de grupo después de la fecha en que elige COBRA;
4. Adquiere derecho a Medicare después de la fecha en que elige COBRA;
5. Se ha tomado una determinación definitiva de que *Usted* ya no está discapacitado. Dicha determinación se debe hacer conforme al Título II o XVI de la Ley del Seguro Social. Esto solamente se aplicará durante la extensión de 11 meses de COBRA debido a discapacidad. En este caso, COBRA no terminará hasta el primer día del mes que sea más de 30 días después de la determinación.

LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA CONSOLIDADA (continuación)

AVISO ESPECIAL

Si se elige la continuación de la cobertura con COBRA, 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 con COBRA. Si no se agota la continuación de la cobertura y no se mantiene durante todo el período de continuación de la cobertura con 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 Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, 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 con 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 ley HIPAA.

Período de elección adicional debido a la Ley de Comercio de 2002

Si *Usted* no eligió COBRA durante el período de elección descrito anteriormente, se podría presentar otro período de 60 días para que *Usted* elija COBRA. Si *Su* pérdida de cobertura se debió a un evento de la Asistencia por Ajustes en el Comercio (Trade Adjustment Assistance, TAA) y se determina que *Usted* cumple los requisitos para la Asistencia por Ajustes en el Comercio durante el período de seis meses posterior a *Su* pérdida de cobertura, tendrá un período adicional para poder elegir COBRA. Este período de elección comenzará el primer día del mes en el que *Usted* comience a cumplir los requisitos para la Asistencia por Ajustes en el Comercio. El período terminará en la primera de las siguientes fechas: 60 días desde la fecha en que comenzó; o al final del período de seis meses después de *Su* pérdida de cobertura debido a un evento de la Asistencia por Ajustes en el Comercio.

Si elige COBRA durante este período de elección debido a la Asistencia por Ajustes en el Comercio, COBRA entrará en vigencia el primer día del mes en el que *Usted* comenzó a cumplir los requisitos para la Asistencia por Ajustes en el Comercio. No se proporcionará COBRA durante el período entre *Su* pérdida de cobertura y el primer día del mes en el que *Usted* comenzó a cumplir los requisitos para la Asistencia por Ajustes en el Comercio. En este caso, el período máximo de cobertura se contará desde la fecha en que *Usted* perdió la cobertura en el *Plan*, no la fecha de vigencia de COBRA. Si no elige COBRA dentro de este período, COBRA no volverá a estar disponible.

Si elige COBRA, es *Su* deber hacer todos los pagos mensuales directamente al *Administrador del Plan*. La Ley de Comercio de 2002 creó un crédito fiscal para las personas que cumplen los requisitos para la Asistencia por Ajustes en el Comercio. Conforme a la Ley, se puede tomar como crédito fiscal hasta el 72.5% del costo de COBRA. La Ley también ofrece una opción para un pago por adelantado del crédito fiscal para el costo de COBRA. Si tiene preguntas sobre este crédito fiscal, llame al número gratuito del Centro de Contacto con el Cliente del Crédito Fiscal para el Cuidado de la Salud al 1-866-628-4282. Puede encontrar información adicional sobre la Ley de Comercio de 2002 en www.doleta.gov/tradeact.

Procedimientos para Dar Aviso al Plan

A fin de mantener *Sus* derechos conforme a COBRA, *Usted* debe dar aviso al *Plan* de ciertos eventos, según lo descrito anteriormente. El *Plan* considerará que *Usted* ha cumplido *Su* obligación si da un aviso por escrito al *Administrador del Plan* que incluye:

1. El nombre y número de participante del Empleado;
2. El nombre de las personas a quien se aplica el aviso;
3. El motivo por el cual se da el aviso; y

4. La dirección y el número de teléfono para comunicarse con Usted.

El aviso se debe dirigir al Departamento de Recursos Humanos, Attn: COBRA Administration. El aviso se debe enviar por correo a la dirección del *Administrador del Plan* que se indica en este *Plan*. Si no envía el aviso dentro del plazo indicado anteriormente, *Usted* no cumplirá con *Su* obligación de dar aviso.

Otra información

El *Administrador del Plan* responderá cualquier pregunta que *Usted* tenga sobre COBRA. También puede comunicarse 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 de Trabajo de los Estados Unidos para obtener respuestas a Sus preguntas.

LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA CONSOLIDADA (continuación)

Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado se encuentran disponibles a través del sitio web www.dol.gov/ebsa.

Para proteger *Sus* derechos conforme a COBRA, debe notificar al *Administrador del Plan* cualquier cambio que afecte *Su* cobertura. Tales cambios incluyen un cambio de estado civil; dirección; u otra cobertura de seguro de *Usted* o de un Familiar. Cuando envíe cualquier aviso al *Plan*, debe mantener una copia para *Su* archivo personal.

Si Tiene Preguntas

Las preguntas referentes a *Su Plan* o *Sus* derechos a la continuación de la cobertura con COBRA deben dirigirse al contacto o a los contactos que se indican más abajo. Para obtener más información sobre *Sus* derechos conforme a ERISA, incluida COBRA, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio 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 (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos de *Su* área o visite el sitio web de la Administración en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado se encuentran disponibles a través del sitio web de la Administración). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.cuidadodesalud.gov/es.

1) El Administrador del *Plan*:

CEBT
2000 S. Colorado Blvd., Tower II, Suite 900
Denver, CO 80222
(303) 773-1373 o 1-800-332-1168

2) El administrador de COBRA:

CEBT
2000 S. Colorado Blvd., Tower II, Suite 900
Denver, CO 80222
(303) 773-1373 o 1-800-332-1168

SECCIÓN 4 INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA
INTENCIONAL**

INFORMACIÓN DESCRIPTIVA DEL PLAN

El *Empleador* establece los beneficios conforme al *Plan*. El *Empleador* establece los derechos y privilegios de los participantes del *Plan* a esos beneficios. El *Plan* paga beneficios directamente de los activos generales del *Empleador*, según sea necesario.

Cada *Empleado* inscrito en el *Plan* recibirá un Resumen de la Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD). Esta guía es el Resumen de la Descripción del Plan y el Documento del Plan correspondiente al *Plan*. Contiene información sobre: requisitos de participación; cancelación; beneficios proporcionados; y otras disposiciones generales del *Plan*.

El propósito de este Resumen de la Descripción del Plan es establecer las disposiciones de este *Plan*. El *Plan* proporciona el pago o el reembolso de gastos médicos aprobados.

NOMBRE DEL PLAN

CEBT
Employee Health and Welfare Benefit Plan

TIPO DE PLAN

Plan de bienestar autofinanciado que proporciona beneficios médicos a los *Empleados* y *Dependientes* cubiertos.

Este *Plan* no está financiado ni es administrado por una compañía de seguros. Los beneficios del *Plan* no están garantizados por un contrato de seguro.

FECHA DE VIGENCIA DEL PLAN

1 de julio de 2021, modificación
1 de enero de 1989, original

AÑO DEL PLAN PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES AL GOBIERNO

Del 1 de julio al 30 de junio

ADMINISTRADOR DEL PLAN PATROCINADOR DEL PLAN

CEBT
2000 S. Colorado Blvd., Tower II, Suite 900
Denver, CO 80222
(303) 773-1373 o 1-800-332-1168

NÚMERO DE ID DEL EMPLEADOR

74-2141123

ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

UMR, Inc.

AGENTE PARA EL SERVICIO DEL PROCESO LEGAL

CEBT
2000 S. Colorado Blvd., Tower II, Suite 900
Denver, CO 80222
(303) 773-1373 o 1-800-332-1168

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Beneficios Sujetos a Esta Disposición

Los beneficios de este *Plan* se coordinan con los beneficios proporcionados por otros planes que le cubren a *Usted*. Esto se hace para prevenir el seguro en exceso, lo que provocaría un aumento en el costo de la cobertura de este *Plan*. Esta disposición se aplicará independientemente de que *Usted* presente o no un reclamo conforme a cualquier otro plan que le cubra.

Efecto sobre los Beneficios

En ciertos casos, los beneficios de este *Plan* se reducirán cuando *Usted* esté cubierto por otros planes que proporcionen beneficios por el mismo servicio. Los beneficios conforme a este *Plan* y cualquier otro plan, según se definen a continuación, serán coordinados. El beneficio total no excederá el 100% de los *Gastos Cubiertos* totales incurridos conforme a este *Plan*.

Definiciones

Un plan es cualquier cobertura que proporciona beneficios por gastos médicos o dentales. Los beneficios se pueden proporcionar mediante pago o servicio. Plan incluye cualquiera de los siguientes:

1. Cobertura de seguro de grupo o de franquicia, ya sea asegurado o autofinanciado;
2. Organizaciones de servicios médicos u hospitalarios en planes de grupo y otros planes de prepago de grupo;
3. Una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) con licencia;
4. Cualquier cobertura patrocinada o proporcionada por o a través de una institución educativa;
5. Cualquier programa del gobierno o un programa obligatorio por estatuto del estado;
6. Cualquier cobertura patrocinada o proporcionada por o a través de un *Empleador*, fiduciario, sindicato, beneficio para *Empleados* u otra asociación.

Esto incluye contratos de tipo de grupo que no están disponibles para el público general. Dichos contratos pueden obtenerse debido a la membresía en o la relación de la *Persona Cubierta* con un grupo particular. Esta disposición se aplicará independientemente de que dicha cobertura se designe como franquicia, seguro múltiple o de alguna otra manera.

Esto no incluye contratos de seguro automotor individuales o de grupo que cubren los daños “independientemente de la responsabilidad” ni los tradicionales que cubren los daños “según la responsabilidad”. No incluye contratos escolares ni de otro tipo de responsabilidad civil ante terceros similar. No incluye otros tipos de contratos que reclamen ser en exceso o contingentes en todos los casos.

Cómo Funciona la Coordinación de los Beneficios

Uno de los planes involucrados pagará los beneficios primero, sin considerar los beneficios disponibles conforme a los otros planes. A este se le llama plan primario. Los otros planes compensarán la diferencia, hasta el total del *Gasto Cubierto*. Estos planes se llaman planes secundarios.

Cuando un plan proporciona beneficios en forma de servicios, en lugar de pagos en efectivo, el valor del cargo *Habitual, Usual y Razonable*, la *Tarifa Negociada* o la lista de tarifas por el servicio o suministro de cada servicio se considerará como el beneficio pagado. Ningún plan pagará más de lo que hubiese pagado sin esta disposición.

Coordinación de los Beneficios (continuación)

Orden para la Determinación de Beneficios

El plan primario se determinará según las siguientes reglas. Ese plan pagará los beneficios primero.

1. El plan que no tiene ninguna disposición de coordinación será el primario.
2. El plan que cubra a la persona como *Empleado* será primario.
3. Para un hijo que está cubierto por los planes de ambos padres, el plan que cubre al padre cuyo cumpleaños (mes y día) ocurra primero en el *Año Calendario* será el primario. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que ha cubierto al padre durante más tiempo será el primario.
4. En el caso de un hijo que ha sido puesto bajo la custodia conjunta y la guarda física de padres divorciados, separados o solteros, se aplicará la regla 3., a menos que se haya asignado a uno de los padres la responsabilidad financiera de los gastos médicos del hijo. En ese caso, el plan del padre que tiene la responsabilidad financiera, según una orden judicial, será el primario.
5. En el caso de un hijo de padres divorciados, separados o solteros que no tiene la custodia conjunta ni la guarda física de ambos padres:
 - a. el plan del padre que tenga la guarda física principal será el primario,
 - b. el plan de un padrastro que tenga la guarda física principal será el siguiente en pagar los beneficios,
 - c. el plan de un padre que no tenga la guarda física principal será el siguiente en pagar los beneficios, y
 - d. el plan de un padrastro que no tenga la guarda física principal será el siguiente en pagar los beneficios.

A menos que se haya asignado a un padre la responsabilidad financiera de los gastos médicos del hijo. En ese caso, el plan del padre que tiene la responsabilidad financiera, según una orden judicial, será el primario.

6. El plan que cubre a una persona inactiva: despedida; jubilada; en COBRA o cualquier otra forma de continuación de la cobertura; o el dependiente de dicha persona pagará los beneficios después del plan que cubre a esas personas como un Empleado activo o Dependiente de un Empleado Activo.
7. El plan que cubre a la persona conforme a una extensión de beneficios por discapacidad pagará los beneficios antes que el plan que cubre a esas personas como un Empleado activo o el Dependiente de un Empleado activo.

Si 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 será el plan secundario.

Si no se establece cuál es el plan primario según las reglas anteriores, el plan que ha cubierto a la persona durante más tiempo será el primario. Si todos los planes han cubierto a la persona durante el mismo período, los planes compartirán los gastos permitidos en partes iguales. En ningún caso un plan pagará más de lo que habría pagado como primario.

Si un plan que no sea este *Plan* no incluye la disposición 3., esta disposición se anulará a fin de determinar los beneficios con el otro plan.

Coordinación de los Beneficios entre Planes Médicos y Dentales

En todos los casos, el plan dental será el secundario. Solamente pagará beneficios después de que el plan médico pague beneficios como plan primario.

Coordinación de los Beneficios con Medicare

En todos los casos, la coordinación con *Medicare* cumplirá con las normas y los estatutos federales. Se supondrá que cada persona que cumple los requisitos de participación en *Medicare* tiene la cobertura completa de *Medicare*. Cobertura completa de *Medicare* es: Seguro hospitalario de la Parte A; y seguro médico voluntario de la Parte B. Se supondrá que la cobertura de *Medicare* es completa, independientemente de que se haya tomado o no. *Sus* beneficios en este *Plan* están sujetos a los cargos límites permitidos establecidos por *Medicare*. Los beneficios se coordinarán en la medida en que se hubieran pagado conforme a *Medicare* según lo permitido por las normas y los estatutos federales.

Si no se puede determinar el pagador primario debido a la cobertura en más de un plan y Medicare, el plan que es primario a Medicare según los estatutos federales, pagará los beneficios primero. Esto se aplicará independientemente de que el plan cubra a la persona como Empleado, Dependiente u otro.

TRICARE

Si un *Empleado* que cumple los requisitos está en 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* que cumple los requisitos también sea un beneficiario de TRICARE, TRICARE pagará como secundario a este *Plan*.

DERECHO A SUBROGACIÓN, REEMBOLSO Y COMPENSACIÓN

El *Plan* tiene derecho a subrogación y reembolso.

La subrogación se aplica cuando el *Plan* ha pagado *Gastos Cubiertos* en *Su* nombre por una Enfermedad o *Lesión* por la cual se considera responsable a un tercero. El derecho a subrogación significa que el *Plan* es sustituido en favor de, y sucederá a, todos y cada uno de los reclamos legales que *Usted* pueda tener derecho a iniciar contra un tercero por *Gastos Cubiertos* 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 cubierto que *Usted* reciba por esa Enfermedad o *Lesión*.

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 seguro de accidentes laborales u otro asunto de presunta responsabilidad civil ante terceros.
- Toda persona o entidad que esté o pueda estar obligada a proporcionarle beneficios o pagos a *Usted*, incluidos los beneficios o pagos por protección para motoristas no asegurados o con seguro insuficiente, seguro automotor que cubre los daños independientemente de la responsabilidad o tradicional, cobertura de pagos médicos (automotor, de propietarios u otra), cobertura del seguro de accidentes laborales, otras compañías de seguros o administradores externos.
- Toda persona o entidad que sea responsable de pagarle *Usted* conforme a cualquier teoría de responsabilidad legal o equitativa.

Usted acepta lo siguiente:

- Cooperar con el *Plan* para proteger los derechos legales y equitativos del *Plan* a subrogación y reembolso oportunamente, lo que incluye, por ejemplo:
 - Notificar al *Plan*, por escrito, toda posible demanda legal que *Usted* pueda tener contra un tercero por actos que hicieron que se paguen *Gastos Cubiertos* o que estos 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.

Subrogación (continuación)

- 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 las condiciones de esta sección.

Su falta de cooperación con el *Plan* se considera un incumplimiento de contrato. Como tal, el *Plan* tiene derecho a cancelar *Sus* beneficios cubiertos, denegar futuros beneficios cubiertos, iniciar acciones legales en *Su* contra o compensar de cualquier futuro beneficio cubierto el valor de los beneficios cubiertos que hayamos 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 con el fin de cobrar la satisfacción de deuda de un tercero retenida por *Usted* o *Su* representante, el *Plan* tiene derecho a recuperar dichos 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 retención 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, los fallos u otros resarcimientos, totales y parciales, pagados o pagaderos a *Usted* o *Su* representante, sin importar cómo se titulen o describan dichas cantidades recaudadas. Los pagos incluyen, entre otros, daños económicos, no económicos y punitivos. El *Plan* no está obligado a ayudarle a iniciar una demanda por daños o *Lesiones* personales, y ninguno de los costos asociados, incluidos 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 recaudadas. 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 “doctrina relativa a la acumulación de indemnizaciones” o de la “doctrina de resarcimiento integral”, por ningún reclamo 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* deberá mantener esos fondos en fideicomiso, ya sea en una cuenta bancaria separada a *Su* nombre o en la cuenta de fideicomiso de *Su* abogado. *Usted* acepta que se desempeñará como fiduciario sobre dichos fondos en la medida de los beneficios que el *Plan* haya pagado.
- Los derechos de recuperación del *Plan* no se reducirán debido a *Su* propia negligencia.

Subrogación (continuación)

- 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, entre otras, 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, lo cual no obliga al Plan de ninguna manera a pagarle *Su* 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 una demanda por supervivencia o de 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.
- Ninguna asignación de dinero por daños, por satisfacción de deuda o cualquier otra recuperación que consiga *Usted*, *Su* patrimonio, el representante personal 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 ese reclamo.
- Si un tercero provoca 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.
- 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 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.
- Al participar y aceptar los beneficios del Plan, *Usted* acepta ceder al Plan todos los beneficios, reclamos o derechos de recuperación que *Usted* tenga conforme a cualquier póliza de seguro automotor (incluidos los beneficios del seguro que cubre los daños independientemente de la responsabilidad, beneficios de un seguro de protección de Lesiones personales o beneficios de pagos médicos), conforme a otra cobertura o en contra de un tercero, hasta el máximo de los beneficios que haya pagado el Plan por la *Enfermedad* o *Lesión*. Al aceptar conceder esta cesión a cambio de participar y aceptar los beneficios, *Usted* admite y reconoce el derecho del Plan a alegar, demandar y recuperar lo obtenido de un reclamo semejante, independientemente de que *Usted* decida o no iniciar el reclamo, y *Usted* acepta esta cesión voluntariamente.

Subrogación (continuación)

Seguro de accidentes laborales

Este *Plan* excluye la cobertura para cualquier *Lesión o Enfermedad* que cumpla los requisitos para obtener beneficios conforme al seguro de accidentes laborales. Si el *Plan* paga beneficios y *Usted* recibe el seguro de accidentes laborales por el mismo incidente, el *Plan* tiene derecho a recuperación. Ese derecho se describe en esta sección. El *Plan* se reserva el derecho de ejercer sus derechos de recuperación contra *Usted* aunque:

1. Los beneficios del seguro de accidentes laborales estén en disputa o se hagan por medio de una satisfacción de deuda o un acuerdo;
2. No se tome una determinación definitiva de que la *Lesión o Enfermedad* se sufrió durante el transcurso o como resultado de *Su* empleo;
3. *Usted* o la aseguradora de pólizas de seguro de accidentes laborales no lleguen a un acuerdo o no definan la cantidad del seguro de accidentes laborales debido al gasto de cuidado de la salud; o
4. El gasto de cuidado de la salud esté específicamente excluido de la satisfacción de deuda o del acuerdo del seguro de accidentes laborales.

DISPOSICIONES GENERALES

Las siguientes disposiciones son para proteger *Sus* derechos legales y los derechos legales del *Plan*.

RECEPTORES ALTERNATIVOS

Si una orden judicial exige que una *Persona Cubierta* proporcione cobertura de cuidado de la salud para un hijo *Dependiente*, se debe proporcionar cobertura al hijo. La cobertura no puede estar sujeta a los requisitos del *Plan*, tales como: custodia; estado civil del padre; persona declarada en los impuestos; o manutención del 50%. También es posible que los períodos de inscripción y otros límites similares sobre los requisitos de participación de los *Dependientes* no se apliquen para ese hijo. Si una *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.

A los efectos de recibir la información del *Plan*, el hijo será como un *Empleado* conforme al *Plan*. El padre que tiene la custodia o el tutor legal pueden 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 ser inscritos y recibir beneficios conforme al *Plan*. Se les debe proporcionar una copia del Resumen de la Descripción del *Plan* (SPD). Todo pago hecho por el *Plan* debe hacerse al hijo o al proveedor del servicio. El pago también se puede hacer al padre que tiene la custodia, al tutor legal o al Departamento de Salud y Servicios Sociales.

Una orden judicial no concederá derecho al hijo a ningún beneficio o cobertura que ya no ofrezca el *Plan*.

ENMIENDAS AL PLAN O CANCELACIÓN DEL PLAN

El *Empleador* puede enmendar los beneficios del *Plan* en cualquier momento. El *Empleador* puede cancelar el *Plan* en cualquier momento. El *Empleador* comunicará inmediatamente cualquier cambio en el *Plan* a las *Personas Cubiertas* por el *Plan*.

Si el *Plan* se cancela, se limitan los derechos de las *Personas Cubiertas* a los beneficios. Solo los reclamos incurridos y pagaderos antes de la fecha de la cancelación serán pagaderos. Los activos del *Plan* se asignarán al beneficio exclusivo de las *Personas Cubiertas*. Todos los impuestos y gastos del *Plan* se pueden pagar de los activos del *Plan*.

CESIÓN

Toda cesión se aplicará únicamente si el proveedor reembolsará cualquier pago hecho por error. El *Plan* no autentifica la validez legal ni el efecto de ninguna cesión.

CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES

Si alguna parte de este *Plan* discrepa de alguna ley que se aplique al *Plan*, se enmienda por este medio para cumplir con dicha ley.

CONTRIBUCIONES AL PLAN

El *Plan* se financia con las contribuciones del *Empleador* y de los *Empleados* cubiertos.

Los fondos contribuidos por los *Empleados* se aplican a los gastos del *Plan* en cuanto sea razonablemente posible. Los fondos excedentes se usan para pagar reclamos. El *Empleador* establece la cantidad de la contribución del *Empleado*. El *Empleador* se reserva el derecho a modificar dichas contribuciones. Todas las contribuciones del *Empleado* están libres de discriminación.

COBERTURA FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Una *Persona Cubierta* que reciba servicios en un país que no sea los Estados Unidos y sus territorios es responsable de asegurarse de que se pague al proveedor. Si el 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 la Lista de Beneficios.

Consulte la sección Exclusiones para obtener información específica sobre el tratamiento fuera de los Estados Unidos que no estará cubierto por el *Plan*.

FACULTAD DISCRECIONAL

Los beneficios conforme a este *Plan* solamente serán pagaderos si el *Administrador del Plan* decide, a su criterio, que la *Persona Cubierta* tiene derecho a los beneficios. El *Administrador del Plan* tendrá el criterio exclusivo de interpretar las condiciones del *Plan*; tomar decisiones sobre los requisitos de participación; y resolver cuestiones prácticas. Este criterio se aplicará con respecto a todos los pagos de reclamos y beneficios conforme al *Plan*.

FALTA DE APLICACIÓN DE DISPOSICIONES DEL PLAN

El hecho de que el *Plan* no haga valer jurídicamente alguna disposición del *Plan* no afectará el derecho de hacerlo posteriormente. Dicha falta de aplicación no afectará el derecho de hacer valer jurídicamente cualquier otra disposición del *Plan*.

FRAUDE

El fraude es un delito procesable. 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 afecta los requisitos de participación de una *Persona Cubierta*. Los requisitos de notificación se describen en este Resumen de la 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 eventos que requieren notificar al *Plan* serían: divorcio, hijo Dependiente que cumple la edad límite e inscripción en otra cobertura de salud de grupo mientras recibe COBRA (tenga en cuenta que los ejemplos enumerados no incluyen todos los casos).

Estas acciones tendrán como consecuencia la denegación del reclamo de la *Persona Cubierta* o la cancelación de la cobertura de la *Persona Cubierta* en el *Plan*, y estarán sujetas al procesamiento y castigo de todo el peso de la ley estatal o federal. En caso de fraude, el *Plan* hará uso de todos los recursos legales correspondientes.

Las *Personas Cubiertas* deben:

1. Presentar reclamos exactos. Si otra persona, como *Su* cónyuge u otro Familiar, presenta reclamos en nombre de la *Persona Cubierta*, la *Persona Cubierta* debe revisar el formulario antes de firmarlo;
2. Revisar Su Explicación de Beneficios (EOB). Asegúrese de que los beneficios se hayan pagado correctamente según *Su* conocimiento de los *Gastos Cubiertos* y los servicios recibidos;

Fraude (continuación)

3. Nunca permitir que otra persona use *Su* identidad para recibir tratamiento médico. Si pierde la tarjeta de ID de *Su Plan*, denuncie la pérdida al *Administrador del Plan* inmediatamente;
4. Presentar información completa y exacta en los formularios de reclamo y en todo otro formulario. Responda todas las preguntas a *Su* leal saber y entender; y
5. Notificar al *Plan* cuando ocurra un evento que afecte los requisitos de participación de la *Persona Cubierta*.

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

1. Facture servicios o tratamientos que nunca se recibieron; o
2. Pida a una *Persona Cubierta* que firme un formulario de reclamo en blanco; o
3. 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 la Explicación de Beneficios, o que sepan de (o sospechen) cualquier actividad ilegal, deberían llamar a la línea directa gratuita para denunciar fraude al 1-800-356-5803. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

LIBRE ELECCIÓN DE PROVEEDORES

La *Persona Cubierta* tiene la libertad de elegir cualquier proveedor con licencia legal. El *Plan* no interferirá en la relación proveedor-paciente.

INTERPRETACIÓN

Este *Plan* no constituye un contrato entre el *Empleador* y las *Personas Cubiertas*. No se considerará como un incentivo o condición de empleo. El *Plan* no modificará las disposiciones de ningún convenio colectivo que pueda haber hecho el *Empleador*. Puede obtener una copia de cualquier acuerdo semejante si lo solicita por escrito al *Administrador del Plan*.

ACCIONES LEGALES

Usted puede solicitar el proceso alternativo de resolución de disputas ofrecido por el *Plan* o interponer una acción de hecho o de derecho contra el *Plan*. Dicha acción no puede iniciarse hasta 60 días después de la fecha en que *Usted* proporcione al *Plan* un comprobante de pérdida por escrito. Si se ha acordado un método alternativo de resolución de disputas, no se puede iniciar una acción de hecho o de derecho hasta el fin de ese proceso. Dicha acción no se puede iniciar más de tres años después de haberse presentado el comprobante de pérdida.

PAGO DE RECLAMOS

Todos los beneficios (excepto por medicamentos con receta) se pagarán directamente al proveedor de servicios, a menos que *Usted* indique lo contrario por escrito en el momento en que presenta el comprobante de pérdida.

Los beneficios pagaderos en *Su* nombre o en el nombre de *Sus Dependientes* cubiertos, en el momento de la muerte, se pagarán a la opción del *Plan* a uno o más de los siguientes: *Su* cónyuge; *Sus* hijos *Dependientes*, incluidos los hijos adoptados legalmente; *Sus* padres; *Sus* hermanos y hermanas; o *Sus* herederos.

Todo pago hecho de buena fe eximirá completamente al *Plan* de sus obligaciones en la medida de dicho pago.

EXAMEN MÉDICO

El *Plan* tiene derecho a pedirle un examen médico con la frecuencia que sea razonablemente necesaria mientras un reclamo esté pendiente. El *Plan* asumirá el gasto del examen.

PRIVACIDAD

El *Empleador*, que es el patrocinador de este *Plan*, recibirá información de salud protegida. La información podría permitir identificar a la persona en algunos casos. El *Empleador* tiene limitaciones en la forma en que puede usar esta información. Los usos y las divulgaciones que haga deben ser necesarios para desempeñar las funciones del *Plan*. Las funciones del *Plan* deben relacionarse con pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud, según lo definido en la Parte 164: Seguridad y Privacidad del Subtítulo A, Subcapítulo C del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 45. También puede usar o divulgar la información según lo exigido por la ley.

Antes de recibir cualquier información de salud protegida, el *Empleador* debe certificar al *Plan* que acepta:

1. No usar ni divulgar la información, excepto según lo indicado anteriormente;
2. Requerir que cualquier agente o subcontratista del *Empleador* acepten los mismos límites que se aplican al *Empleador* antes de darles la información;
3. No usar ni divulgar la información para tomar medidas o decisiones relacionadas con el empleo;
4. No usar ni divulgar la información en relación con otros planes de beneficios que el *Empleador* patrocine;
5. Informar al *Plan* cualquier uso o divulgación que no cumpla con esta disposición general;
6. Poner la información a disposición de la persona con quien se relaciona;
7. Poner la información a disposición para enmiendas e incluir tales enmiendas en ella;
8. Proporcionar la información necesaria para entregar un resumen de las divulgaciones;
9. Poner sus prácticas, libros y registros internos en relación con la información a disposición de la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos para su revisión;
10. Devolver o destruir toda la información que ya no sea necesaria. Si eso no es posible, limitar cualquier otro uso o divulgación a la razón por la cual no fue posible devolverla o destruirla;
11. Mantener una separación adecuada entre sí mismo y el *Plan*. El acceso a la información se limitará a los integrantes de los Departamentos de Finanzas y Recursos Humanos del *Empleador* que trabajan con el *Plan*. Estas personas recibirán la información mínima y necesaria para llevar a cabo las funciones del *Plan* que desempeñan; y
12. Proporcionar un proceso eficaz para tratar el incumplimiento de parte del *Empleador* o sus agentes o subcontratistas.

PRONOMBRES

Todos los pronombres personales que se usan en el *Plan* incluyen ambos sexos, a menos que su uso indique claramente lo contrario.

PROTECCIÓN FRENTE A ACREEDORES

Los pagos de beneficios conforme al *Plan* no están sujetos de ninguna manera a enajenación, venta, transferencia, garantía, embargo, retención, ejecución o gravamen de ningún tipo. Todo intento por conseguir esto será nulo. Si el *Plan* descubre que se ha hecho un intento semejante, a su criterio exclusivo, puede cancelar *Su* interés en los pagos. El *Plan* luego aplicará la cantidad del pago al beneficio de un hijo adulto, tutor de un hijo menor, hermano o hermana u otro pariente de la *Persona Cubierta*. Tal pago eximirá completamente al *Plan* en la medida del pago.

DERECHO A INFORMACIÓN NECESARIA

El *Plan* puede requerir cierta información a fin de aplicar las disposiciones de este *Plan*. Para conseguir esta información, el *Plan* puede divulgar u obtener información de donde sea necesario. El intercambio de dicha información no requerirá *Su* consentimiento. Por ejemplo, puede obtenerla o divulgarla de una compañía de seguros, una organización o una persona. La información solo se intercambiará en la medida en que sea necesario para implementar las disposiciones del *Plan*. *Usted* acepta proporcionar la información que sea necesaria para aplicar las disposiciones del *Plan*.

DERECHO A RECUPERACIÓN

El *Plan* se reserva el derecho a recuperar todo pago que se haya hecho conforme al *Plan*. La recuperación se limita a la cantidad que exceda la cifra que el *Plan* está obligado a pagar. Este derecho de recuperación se aplica contra:

1. Cualquier persona a quien, para quien o con respecto a quien se hayan hecho tales pagos; y
2. Cualquier organización o compañía de seguros. Si, conforme a las condiciones de este *Plan*, este debe beneficios por el mismo gasto conforme a cualquier otro plan.

El *Plan* solo determinará contra quien ejercerá este derecho de recuperación.

Si otro plan ha pagado beneficios que debería haber pagado este *Plan*, el *Plan* se reserva el derecho a reembolsar directamente a dicho plan. El reembolso se hará hasta la cantidad necesaria para cumplir las obligaciones de este *Plan*. Todo pago semejante hecho de buena fe eximirá completamente al *Plan* de sus obligaciones en la medida de dicho pago.

SEGURIDAD

El *Empleador*, que es el patrocinador de este *Plan*, recibirá información de salud protegida en formato electrónico. La información podría permitir identificar a la persona en algunos casos. En relación con dicha información de salud protegida en formato electrónico, el *Empleador* certifica al *Plan* que acepta:

1. Tomar las medidas de seguridad (administrativas, físicas y técnicas) apropiadas y razonables para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información que cree, reciba, mantenga o transmita;
2. Requerir que cualquier agente o subcontratista del *Empleador* acepte los mismos requisitos que se aplican al *Empleador* conforme a esta disposición;
3. Informar al *Plan* cualquier incidente de seguridad del que tome conocimiento el *Empleador*; y
4. Aplicar las medidas de seguridad razonables y apropiadas para mantener una separación adecuada entre sí mismo y el *Plan*.

DECLARACIONES

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que haga una *Persona Cubierta* se considerarán declaraciones y no garantías. Una declaración no se usará para impugnar la cobertura en el *Plan*, a menos que se haya entregado una copia firmada de ella a la *Persona Cubierta*. Si la *Persona Cubierta* está fallecida, la copia se entregará a su beneficiario.

PLAZOS PARA LA DETERMINACIÓN DE RECLAMOS

Después de recibir un comprobante de pérdida por escrito o una solicitud de revisión de la utilización, el *Plan* le notificará su decisión sobre *Su* reclamo y emitirá el pago, si debe alguno, de la siguiente manera:

Cuidado de Urgencia

Dentro de las 24 horas o en cuanto sea posible, si *Su* condición requiere un plazo más breve. 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. *Usted* luego tendrá 48 horas desde la recepción del aviso para proporcionar la información solicitada. Dentro de las 48 horas de haber recibido la información adicional, el *Plan* comunicará su decisión sobre el reclamo. Si *Usted* no proporciona la información solicitada por el *Plan*, el *Plan* le comunicará su decisión sobre el reclamo dentro de las 48 horas después del fin del período que *Usted* tenía para presentar la información.

Si *Usted* no sigue el procedimiento del *Plan* para un *Reclamo Previo al Servicio*, el *Plan* le notificará dentro de las 24 horas después de que el *Plan* haya recibido la solicitud de Preautorización. El aviso incluirá el motivo por el cual no se aceptó la solicitud y el proceso adecuado para obtener Preautorización.

Cuidado simultáneo

Antes del fin de cualquier tratamiento preautorizado, si los beneficios se interrumpirán antes del plazo o de la cantidad de tratamientos autorizados. El aviso debe darle tiempo para que *Usted* presente una apelación y reciba una decisión sobre esa apelación antes de que se interrumpa el beneficio. Esto no se aplicará si el beneficio se interrumpirá debido a una *Enmienda* del *Plan*. Esto no se aplicará si el beneficio se interrumpirá debido a la cancelación del *Plan*.

Las solicitudes para extender un tratamiento preautorizado relacionado con *Cuidado de Urgencia* se deben responder dentro de las 24 horas o lo antes posible, si *Su* condición requiere un plazo más breve. Tales solicitudes se deben hacer al menos 24 horas antes de que termine el tratamiento autorizado.

Reclamos Previos al Servicio

Dentro de los 15 días de la recepción de un reclamo de cuidado que no es de urgencia. El *Plan* puede extender este período por 15 días si: *Usted* es notificado de la necesidad de una extensión antes del fin del período inicial. La extensión debe ser a causa de circunstancias ajenas al control del *Plan*. Si una extensión se debe a la necesidad de información adicional, el *Plan* le notificará la información específica que se necesita. *Usted* luego tendrá 45 días desde la recepción del aviso para proporcionar la información solicitada.

Si *Usted* no sigue el procedimiento del *Plan* para un *Reclamo Previo al Servicio* de cuidado que no es de urgencia, el *Plan* le notificará dentro de los cinco días después de que el *Plan* haya recibido la solicitud de Preautorización. El aviso incluirá el motivo por el cual no se aceptó la solicitud y el proceso adecuado para obtener Preautorización.

Plazos para la Determinación de Reclamos (continuación)

Reclamos Posteriores al Servicio

Dentro de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo. El *Plan* puede extender este período por 15 días si: *Usted* es notificado de la necesidad de una extensión antes del fin del período inicial. La extensión debe ser a causa de circunstancias ajenas al control del *Plan*. Si una extensión se debe a la necesidad de información adicional, el *Plan* le notificará la información específica que se necesita. *Usted* luego tendrá 45 días desde la recepción del aviso para proporcionar la información solicitada.

En caso de una determinación de beneficios adversa de un reclamo, *Usted* recibirá un aviso cultural y lingüísticamente apropiado que contenga lo siguiente:

1. Información suficiente para identificar el reclamo en cuestión (por ejemplo, la fecha de servicio, el proveedor de cuidado de la salud y la cantidad del reclamo, [si corresponde]);
2. Una declaración que describa la disponibilidad, a *Su* solicitud, del código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el código de tratamiento y su significado correspondiente (esta información se proporcionará en cuanto sea posible y la solicitud no se considerará una apelación);
3. Las razones específicas 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 usó para denegar el reclamo;
4. Referencia a las disposiciones específicas del *Plan* en las que se basó la determinación de beneficios;
5. 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;
6. Una declaración que describa los procedimientos de apelación voluntaria o 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 esos procedimientos;
7. Una declaración de que, si el reclamante no está conforme con la determinación del procedimiento de apelación del reclamo, el reclamante puede llamar al número telefónico de asistencia al miembro que corresponda o, si no hay ninguna oficina de defensor del afiliado o de asistencia al consumidor de seguros de salud que corresponda, para la cual se proporciona información de contacto en el 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;
8. Si la determinación adversa se tomó a partir de alguna regla, pauta, protocolo u otro criterio similar, el aviso debe incluir la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar específico; o una declaración de que la determinación adversa se tomó a partir de dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio similar y que se entregará sin cargo una copia de la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar al reclamante si lo solicita;
9. Si la determinación de beneficios adversa se basó en un criterio médico o en un límite o una exclusión de tratamiento experimental o similar, el aviso debe incluir una explicación del criterio clínico o científico para la determinación, donde se apliquen las condiciones del *Plan* a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo a solicitud; y
10. La disponibilidad y la información de contacto de cualquier oficina de defensor del afiliado o de asistencia al consumidor de seguros de salud que corresponda, establecida conforme a la Sección 2793 de la Ley de Servicio de Salud Pública (Public Health Service, PHS) para ayudar a las personas con las apelaciones y los reclamos internos, así como con los procesos de revisión externa.

Plazos para la Determinación de Reclamos (continuación)

EL SEGURO DE ACCIDENTES LABORALES NO SE VE AFECTADO

Este *Plan* no se emite en lugar de la cobertura del seguro de accidentes laborales. No afecta ningún requisito para la cobertura según la Ley de Seguro de Accidentes Laborales. No afecta ningún requisito para la cobertura según la Ley de Enfermedades Ocupacionales.

PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN DE RECLAMOS

Si el *Empleado*, el *Dependiente* u otro beneficiario no están conformes con el pago de reclamos proporcionado o con una determinación de rescisión de cobertura, deben comunicarse con el *Administrador del Plan*. Cualquier consulta verbal informal al *Administrador del Plan* no se tratará como una apelación. Si *Usted* quiere presentar una apelación formal, puede presentar una solicitud por escrito ante el *Administrador del Plan* para iniciar el proceso de apelación. Hay dos niveles de apelación, tanto para reclamos médicos como de medicamentos con receta, y un proceso de revisión externa según se describe a continuación. Para los reclamos médicos, el primer nivel de apelación será con el *Administrador del Plan* y el segundo nivel de apelación voluntaria será con la *Junta Fiduciaria*. Para los reclamos de medicamentos con receta, los dos niveles de apelación serán con el administrador de medicamentos con receta designado. Consulte *Su* determinación de reclamo adversa (o Explicación de Beneficios) o comuníquese con el *Administrador del Plan* y pídale la información de contacto para presentar las apelaciones.

Usted puede apelar la denegación de un reclamo, la decisión de revisión de la utilización o la determinación de rescisión de cobertura mediante los procedimientos que se describen a continuación. También puede apelar la denegación del nivel inicial de una apelación mediante los procedimientos que se describen a continuación.

1. Presente una solicitud por escrito, ante el *Administrador del Plan* o administrador de medicamentos con receta designado, para que el *Plan* realice una revisión completa e imparcial del reclamo o de la apelación de nivel inicial;
2. Solicite revisar los documentos pertinentes a la administración del *Plan*, incluido el expediente de *Su* reclamo o apelación;
3. Presente comentarios y asuntos por escrito que describan los fundamentos de *Su* apelación; y
4. Presente pruebas y testimonios con respecto a *Su* apelación.

Recuerde que las solicitudes de apelación, ya sea en el nivel inicial o en el segundo nivel, deben hacerse por escrito, indicar de forma clara y concisa los motivos por los que disputa la denegación y adjuntar la documentación pertinente que no se haya presentado aún al *Plan*.

Todas las apelaciones consistirán en una revisión completa e imparcial del reclamo o de la apelación. La revisión no tendrá en cuenta la decisión del reclamo inicial o de la apelación inicial. Si la apelación se relaciona con una decisión de criterio médico, se convocará a un asesor médico que tenga la capacitación y experiencia apropiada en la rama de la medicina en cuestión. Si la apelación se relaciona con el hecho de que un servicio es de carácter experimental, se convocará a un asesor médico que tenga la capacitación y experiencia apropiada en la rama de la medicina en cuestión. Dicho asesor médico no habrá participado anteriormente en el reclamo o en la apelación inicial que se está apelando. Además, la apelación se adjudicará de una manera diseñada para garantizar la independencia e imparcialidad de las personas que participan en la toma de la decisión. Por último, si se usan o generan pruebas nuevas o adicionales durante la determinación de la apelación, o si se espera usar un nuevo fundamento como base de una denegación, el *Plan* le proporcionará esa información a *Usted* sin cargo y con suficiente anticipación a la fecha límite de la respuesta a la determinación de beneficios adversa.

Procedimiento de Apelación de Reclamos (continuación)

Apelación de primer nivel

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

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, *Usted* recibirá la notificación de la decisión del *Plan* de la siguiente manera:

1. Para reclamos de *Cuidado de Urgencia*, dentro de las 72 horas o lo antes posible, si *Su* condición requiere un plazo más breve (se dará deferencia al proveedor médico en lo que respecta a qué es *urgente*);
2. Para *Reclamos Previos al Servicio*, dentro de los 15 días o lo antes posible, si *Su* condición requiere un plazo más breve; o
3. Para *Reclamos Posteriores al Servicio*, dentro de los 30 días.

Apelación voluntaria de segundo nivel

Usted puede proceder con la apelación voluntaria de segundo nivel si no está conforme con la decisión de la apelación de nivel inicial mediante la presentación de una solicitud de apelación ante el *Administrador del Plan* o administrador de medicamentos con receta designado dentro de los 60 días posteriores a *Su* recepción de la denegación de una apelación de nivel inicial. La *Junta Fiduciaria* proporcionará la revisión de la apelación de segundo nivel para reclamos médicos y el administrador de medicamentos con receta designado proporcionará la apelación de segundo nivel para reclamos de medicamentos con receta. La *Junta Fiduciaria* o el administrador de medicamentos con receta designado responderá dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.

Si se demuestra que existe un buen motivo, la *Junta Fiduciaria* o el agente designado por la *Junta Fiduciaria* permitirá que se enmiende o complemente la apelación. Si el reclamante solicita prestar declaración, la *Junta Fiduciaria* o el agente designado por la *Junta Fiduciaria* concederá una audiencia a partir de la petición de que se reciba y considere cualquier prueba o argumento. La falta de presentación de una apelación dentro del período de 60 días mencionado constituirá una renuncia al derecho del reclamante a una apelación a partir de la información y las pruebas presentadas antes de la denegación o audiencia, según sea el caso, a menos que la *Junta Fiduciaria* o el agente designado por la *Junta Fiduciaria* exima a un reclamante de tal renuncia por un buen motivo, si la solicitud de tal eximición se presenta dentro de un año después de la fecha que figura en el aviso de denegación. Sin embargo, dicha falta de presentación no impedirá que el reclamante cumpla los requisitos para los beneficios en una fecha posterior a partir de información y pruebas adicionales que no estaban disponibles para el reclamante en el momento de la denegación o audiencia. La decisión de la *Junta Fiduciaria* o del agente designado por la *Junta Fiduciaria* se tomará rápidamente, a menos que existan circunstancias especiales que requieran una extensión de tiempo para el procesamiento, en cuyo caso se comunicará una decisión lo antes posible, pero sin exceder los 60 días después de la recepción de la solicitud de apelación. La decisión se le comunicará a *Usted* por escrito.

Procedimiento de Apelación de Reclamos (continuación)

La decisión de la *Junta Fiduciaria* o del agente designado por la *Junta Fiduciaria* 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, a menos que *Usted* solicite una revisión externa conforme al Programa Federal de Revisión Externa, que se describe a continuación. La disposición de esta sección se aplicará e incluirá a todos y cada uno de los reclamos de beneficios del *Plan*, todo reclamo o derecho ejercido conforme a estas reglas y normas o en contra del *Plan*, independientemente de cuándo ocurrió el acto o la omisión en la que se basa el reclamo.

Avisos de decisiones sobre apelaciones

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

1. Información suficiente para identificar el reclamo en cuestión (por ejemplo, la fecha de servicio, el proveedor de cuidado de la salud y la cantidad del reclamo, [si corresponde]);
2. Una declaración que describa la disponibilidad, a *Su* solicitud, del código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el código de tratamiento y su significado correspondiente (esta información se proporcionará en cuanto sea posible y la solicitud no se considerará una apelación);
3. Las razones específicas 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 usó para denegar el reclamo;
4. Referencia a las disposiciones específicas del *Plan* en las que se basó la determinación de beneficios;
5. En el caso de un aviso de determinación de beneficios adversa interna y definitiva, un análisis de la decisión;
6. Una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, a solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información pertinente (y sus copias) en relación con el reclamo de beneficios del reclamante;
7. Una declaración que describa los procedimientos de apelación voluntaria o 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 esos procedimientos;
8. Una declaración de que, si el reclamante no está conforme con la determinación del procedimiento de apelación del reclamo, el reclamante puede llamar al número telefónico de asistencia al miembro que corresponda o, si no hay ninguna oficina de defensor del afiliado o de asistencia al consumidor de seguros de salud que corresponda, para la cual se proporciona información de contacto en el punto 11, al Equipo de Asistencia con el Seguro de Salud (HIAT) del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-888-393-2789;
9. Si la determinación adversa se tomó a partir de alguna regla, pauta, protocolo u otro criterio similar, el aviso debe incluir la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar específico; o una declaración de que la determinación adversa se tomó a partir de dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio similar y que se entregará sin cargo una copia de la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar al reclamante si lo solicita;

Procedimiento de Apelación de Reclamos (continuación)

10. Si la determinación de beneficios adversa se basó en un criterio médico o en un límite o una exclusión de tratamiento experimental o similar, el aviso debe incluir una explicación del criterio clínico o científico para la determinación, donde se apliquen las condiciones del *Plan* a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo a solicitud; y
11. La disponibilidad y la información de contacto de cualquier oficina de defensor del afiliado o de asistencia al consumidor de seguros de salud que corresponda, establecida conforme a la Sección 2793 de la Ley de Servicio de Salud Pública para ayudar a las personas con las apelaciones y los reclamos internos, así como con los procesos de revisión externa.

PROGRAMA FEDERAL DE REVISIÓN EXTERNA

Si, después de agotar *Sus* apelaciones internas (ya sea apelación inicial o apelación voluntaria de segundo nivel, si se elige), *Usted* no está conforme con la determinación definitiva, puede optar por participar en el Programa de Revisión Externa. Este programa solamente se aplica si la determinación de beneficios adversa se basa en:

1. Razones clínicas;
2. La exclusión de servicios experimentales o de investigación o servicios no comprobados; o
3. 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 costo para *Usted* después de que haya agotado el proceso de apelación descrito anteriormente y reciba una decisión desfavorable, o si UMR, Inc. o *Su Empleador* no responden a *Su* apelación dentro de los plazos indicados más arriba.

Usted puede solicitar una revisión independiente de la determinación de beneficios adversa. Ni *Usted* ni UMR, Inc. ni *Su Empleador* 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 debe incluir:

1. *Su* solicitud específica de revisión externa;
2. El nombre, la dirección y el número de ID de miembro del *Empleado*;
3. El nombre y la dirección de *Su* representante designado, cuando corresponda;
4. El servicio que se le denegó; y
5. Toda nueva información pertinente que no se presentó durante la apelación interna.

Procedimiento de Apelación de Reclamos (continuación)

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

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

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 filiación ni interés importante que la vincule a UMR, Inc. ni a *Su Empleador*. UMR, Inc. elegirá la Organización de Revisión Independiente según una lista rotativa de Organizaciones aprobadas.

En ciertos casos, la revisión independiente la realizará un panel de médicos, según lo considere adecuado la Organización de Revisión Independiente.

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:

1. Todos los registros médicos pertinentes;
2. Todos los demás documentos en que UMR, Inc. o *Su Empleador* se hayan basado para tomar una decisión sobre el caso; y
3. Cualquier otra información o prueba que *Usted* o *Su* médico ya hayan enviado a UMR, Inc. o *Su Empleador*.

Si *Usted* o *Su* médico desean presentar algún tipo de información o prueba para respaldar la solicitud que no se haya proporcionado con anterioridad, puede adjuntar esa información a la solicitud de revisión independiente; UMR, Inc. la incluirá con los documentos que envíe 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 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 Empleador* 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 independiente 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 ID para obtener más información con relación a *Sus* derechos de apelación externa y el proceso de revisión independiente.