

**SUS BENEFICIOS PARA LA SALUD**

**EL RESUMEN DE  
LA DESCRIPCIÓN  
DEL PLAN**

**Por favor tenga en cuenta que:** Las traducciones al español de el Resumen de la Descripción del Plan y del Anexo de los Beneficios Médicos los suministra UnitedAg sólo para su conveniencia. En caso de existir una contradicción entre las versiones en español e inglés, la versión en inglés prevalecerá.

# UABT

## Resumen de la descripción del plan y documento del plan...

### Índice

<u>Parte</u>	<u>Sección</u>	<u>Título</u>	<u>Número de Página</u>
<b>Parte I</b>	<b>Disposiciones de elegibilidad</b>		<b>8</b>
	1	¿Quién tiene derecho a los beneficios?	8
	2	Restablecimiento de la cobertura	8
	3	Determinación del estatus de empleado a tiempo completo para empleadores grandes aplicables (ALE por sus siglas en inglés)	8
	4	¿Quiénes son sus derechohabientes?	8
	5	Límites de edad de los hijos dependientes	9
	6	Niños minusválidos o totalmente discapacitados	9
	7	Su fecha de entrada en vigor de la cobertura	9
	8	Fecha de entrada en vigor de la cobertura de sus dependientes	10
	9	Prueba de la condición de dependiente	10
	10	Afiliados tardíos	10
	11	Inscripción abierta	10
	12	Afiliados tardíos especiales	10
	13	Órdenes médicas calificadas de manutención infantil (QMCSO) y avisos nacionales de manutención médica (NMSN)	11
	14	Rescisión de la cobertura	11
	15	¿Quién tiene derecho a la cobertura odontológica?	11
<b>Parte II</b>	<b>Finalización de la cobertura</b>		<b>12</b>
	1	Cuando finaliza su cobertura	12
	2	Cuando finaliza la cobertura de sus dependientes	12
<b>Parte III</b>	<b>Continuación de la cobertura</b>		<b>13</b>
	1	Continuación tras la finalización del empleo	13
	2	Continuación durante la Ausencia por Licencia Familiar y Médica	13
	3	Continuación mediante autopago a través de COBRA y Cal-COBRA	13
	4	Opciones de cobertura alternativas	18
<b>Parte IV</b>	<b>Ampliación de beneficios</b>		<b>19</b>
	1	Ampliación de los beneficios de vida para empleados	19
	2	Beneficios que no pueden prorrogarse	19
<b>Parte V</b>	<b>Definiciones generales</b>		<b>20</b>
	1	Accidente	20
	2	Actividades de la vida diaria	20

3	ADA	20
4	Determinación adversa de beneficios	20
5	Ley de Atención Médica Asequible (ACA)	20
6	Gastos permitidos	20
7	Destinatario alternativo	20
8	Centro quirúrgico ambulatorio	21
9	Ensayo clínico aprobado	21
10	Cesión de beneficios	21
11	Año	22
12	Enfermero anestesista diplomado certificado	22
13	Reclamación limpia	22
14	Complicaciones del embarazo	22
15	Continuidad de la atención	23
16	Continuación de la cobertura	23
17	Panel de contratación	23
18	Proveedores y Hospitales contratantes	23
19	Coordinación de beneficios (C.O.B.)	23
20	Copago	23
21	Cirugía estética	23
22	Gastos cubiertos	24
23	Cuidados de custodia, rehabilitación o mantenimiento	24
24	Deducible	24
25	Servicios odontológicos	24
26	Servicio de diagnóstico	24
27	Medicamentos	24
28	Equipos médicos duraderos	24
29	Médico	25
30	Beneficios médicos esenciales	25
31	Gastos excluidos	25
32	Procedimiento experimental y/o de investigación - Medicamento/procedimiento	25
33	Explicación de beneficios (EOB)	26
34	Centro de cuidados prolongados	26
35	Centro	26
36	Información genética	26
37	Servicios de habilitación	26
38	Centros de salud y bienestar	26
39	Mercado de seguros médicos ("Intercambio")	27
40	Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés)	27
41	Asistencia médica a domicilio	27
42	Hospital	27
43	Internamiento hospitalario	27
44	Fecha incurrida	27
45	Fecha incurrida, gasto de embarazo	27
46	Unidad de cuidados intensivos (UCI)	27
47	Licencia para ausentarse	27

48	“Separación legal” y/o “Legalmente separados”	27
49	Procedimiento diagnóstico principal	28
50	Cargo máximo permitido	28
51	Emergencia médica	28
52	Revisión del historial médico	29
53	Trastorno mental o nervioso	29
54	Panel de México	29
55	Servicios y suministros necesarios	29
56	Proveedores y hospitales no contratantes	30
57	Enfermera	30
58	Terapia ocupacional	30
59	Tratamiento de la obesidad	30
60	Otro plan	30
61	Máximo de gastos de bolsillo	31
62	Porcentaje por pagar	31
63	Revisión paritaria	31
64	Por causa	31
65	Por confinamiento	31
66	Por discapacidad	31
67	Asistente médico	31
68	Cuidados preventivos	31
69	Proveedor	32
70	Servicios psicológicos o psiquiátricos	32
71	Importe de pago admisible (QPA por sus siglas en inglés)	32
72	Razonable o Razonabilidad	32
73	Hospital de rehabilitación	33
74	Cobertura de tratamiento residencial	33
75	Habitación semiprivada	33
76	Centro de enfermería especializada	33
77	Disposición especial (circunstancias)	33
78	Subrogación	33
79	Abuso de sustancias/Trastorno por consumo de sustancias	33
80	Transparencia y Facturas Médicas Sorpresa también conocida como la “Ley Sin Sorpresas”	34
81	Telemedicina	34
82	El Plan	34
83	Incapacidad total o totalmente incapacitado	34
84	Procedimientos de trasplante	35
85	Terapias de tratamiento	35
86	Atención urgente	35
87	Honorarios habituales	35

<b>Parte VI</b>	<b>Disposiciones generales y limitaciones</b>	<b>36</b>
1	Límites de los gastos cubiertos	36
2	Exclusiones generales	36
3	Exclusión de responsabilidad frente a terceros	37

	4 Servicios no prestados fuera de EE. UU.	37
	5 Derecho de recuperación	38
	6 Facilidad de pago	38
	7 Derecho a la determinación	38
	8 Proveedor no elegible	38
	9 Exámenes y autopsias	38
<b>Parte VII</b>	<b>Coordinación de beneficios (C.O.B.)</b>	<b>39</b>
	1 Cobertura/seguro de beneficios en exceso	39
	2 Limitación de vehículos	39
	3 Orden de determinación de beneficios	39
	4 Derecho a recibir y divulgar la información necesaria	40
	5 Facilidad de pago	40
	6 Derecho de recuperación	40
	7 Coordinación de Medicare	40
	8 Coordinación dentro del Plan	40
	9 Contención de costos y gestión de casos	40
<b>Parte VIII</b>	<b>Recuperación de terceros, subrogación y reembolso</b>	<b>42</b>
	1 Condición de pago	42
	2 Subrogación	42
	3 Derecho de reembolso	43
	4 El participante es un fideicomisario sobre los activos del plan	43
	5 Exención de responsabilidad	44
	6 Exceso de cobertura/seguro de enfermedad	44
	7 Separación de fondos	44
	8 Muerte por negligencia	44
	9 Obligaciones	44
	10 Compensación	45
	11 Condición de menor	45
	12 Interpretación lingüística	45
	13 Divisibilidad	45
<b>Parte IX</b>	<b>Los beneficios de su seguro de vida</b>	<b>46</b>
	1 Limitación de jubilados	46
	2 Beneficiario	46
	3 Cambio de beneficiario	46
	4 Consentimiento del beneficiario	46
	5 Métodos opcionales de liquidación	46
	6 Beneficios del seguro de vida para dependientes	46
	7 Continuación de los beneficios del seguro de vida	46
	8 Continuación del seguro de vida para dependientes	47
<b>Parte X</b>	<b>Red de beneficios farmacéuticos</b>	<b>48</b>
	1 Red de beneficios farmacéuticos	48
	2 Servicios farmacéuticos del panel	48
	3 Farmacia de venta por correo	48

4	Medicamentos especiales	48
5	Apelaciones de determinaciones de beneficios denegadas/adversas	48

**Parte XI Beneficios del plan médico 49**

1	Gastos médicos no cubiertos	49
2	Cargos hospitalarios (hospitalización)	50
3	Cargos hospitalarios (ambulatorio) y centros quirúrgicos ambulatorios	50
4	Hospital de convalecencia, centro de enfermería especializado o de cuidados prolongados	51
5	Servicio profesional de ambulancias	51
6	Atención médica	51
7	Cirugía y anestesia	51
8	Honorarios de técnicos, laboratorios o clínicas por pruebas diagnósticas	51
9	Gastos de farmacia	51
10	Medicamentos del formulario	51
11	Medicamentos, productos y dispositivos huérfanos	52
12	Servicios de enfermería	52
13	Gastos de cobalto, quimioterapia o radioterapia	52
14	Fisioterapia, logopedia y acupuntura	52
15	Suministros médicos y terapéuticos duraderos	52
16	Prótesis	53
17	Servicios psicológicos, trastornos mentales y nerviosos	53
18	Servicios médicos a domicilio	53
19	Cuidados paliativos	53
20	Derechos especiales tras el parto	53
21	Información genética	53
22	Servicios de planificación familiar	53
23	Pruebas genéticas	54
24	Atención preventiva	54
25	Costos rutinarios de los pacientes por participar en un ensayo clínico aprobado	55
26	Dejar de fumar	55
27	Trasplantes	55
28	Aborto electivo	56
29	Terapia de reemplazo hormonal	57
30	Tratamiento del trastorno de identidad de género	57

**Parte XII Beneficios del plan odontológico 58**

1	Deducible	58
2	Porcentaje por pagar	58
3	Máximo del Plan	58
4	Procedimientos odontológicos alternativos	58
5	Servicios odontológicos preventivos	58
6	Servicios odontológicos básicos	58
7	Servicios odontológicos principales	59
8	Ortodoncia	59

<b>Parte XIII</b>	<b>Beneficios del plan oftalmológico</b>	<b>61</b>
	1 Importe del copago odontológico	61
	2 Importe máximo del beneficio oftalmológico	61
	3 Beneficios del plan oftalmológico	61
<b>Parte XIV</b>	<b>Solicitud de beneficios</b>	<b>63</b>
	1 Cómo presentar una solicitud de beneficios médica, de medicamentos recetados, odontológicos u oftalmológicos	63
	2 Procedimiento de reclamo	63
	3 Pago de siniestros médicos	63
	4 Siniestros de vida y muerte accidental/desmembramiento	64
	5 Plazos de presentación de reclamos	64
	6 Procedimiento de denegación de solicitudes de reembolso de gastos médicos, de medicamentos con receta, odontológicos u oftalmológicos	64
	7 Determinación adversa de beneficios	64
	8 Procedimientos de revisión y apelación para medicamentos recetados denegados	64
	9 Procedimientos de revisión y apelación de las solicitudes de reembolso de gastos médicos, medicamentos con receta, odontológicos u oftalmológicos rechazadas	64
	10 Revisión independiente	65
	11 Procedimiento de apelación en caso de denegación de beneficios del seguro de vida	66
	12 Información y servicio de reclamos	66
	13 Nombramiento del representante autorizado	66
	14 Pago de beneficios	66
	15 Recuperación de pagos	66
<b>Parte XV</b>	<b>Información sobre ERISA y declaración de derechos</b>	<b>68</b>
	1 Nombre y tipo de administración del plan	68
	2 Patrocinador del plan	68
	3 Nombre y dirección del fideicomisario	68
	4 Nombre y dirección del administrador del plan	68
	5 Nombre y dirección del administrador de beneficios	68
	6 Notificación de procesos judiciales	68
	7 Fuente de financiación del plan	68
	8 Nombre y dirección de la aseguradora Stop Loss	68
	9 Nombre y dirección de las organizaciones para el mantenimiento de la salud	68
	10 Nombre y dirección de la compañía de seguro de vida colectivo a término	68
	11 Año fiscal del plan	69
	12 Número del Servicio de Impuestos Internos	69
	13 Modificaciones del Plan	69
	14 Número del plan	69
	15 Activos del fondo	69
	16 Determinados derechos en virtud de ERISA	69
	17 Determinados derechos a través del Departamento de Seguros de California	70

<b>Parte XVI</b>	<b>HIPAA y Aviso de Prácticas de Privacidad</b>	<b>71</b>
	1 Compromiso de protección de la información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés)	71
	2 Definiciones	71
	3 Cómo puede utilizarse y divulgarse PHI	71
	4 Usos y divulgaciones principales de la	71
	5 Divulgación de la PHI al patrocinador del plan con fines de administración del plan	72
	6 Derechos del participante	72
	7 Preguntas o quejas	73
	8 Información de contacto	73
<b>Parte XVII</b>	<b>Seguridad HIPAA</b>	<b>74</b>
	1 Divulgación de información médica protegida (“PHI Electrónica”) al Patrocinador del Plan para Funciones de Administración del Plan	74
	2 Definiciones	74
	3 Obligaciones del UABT	74
	4 Divulgación de determinada información de inscripción al patrocinador del plan	74
	5 Divulgación de la PHI para obtener una cobertura de póliza de seguros por exceso de pérdidas	75
	6 Resolución de incumplimiento	75
<b>Parte XVIII</b>	<b>Leyes federales</b>	<b>76</b>
	1 Ley contra la discriminación por embarazo	76
	2 Ley de no discriminación por información genética (“GINA”)	76
	3 Ley de Licencia Familiar y Médica	76
	4 Ley de Paridad en Salud Mental de 1996 (MHPA) y Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008 (MHPAEA)	76
	5 Orden de manutención infantil médica calificada (QMSCO)	77
	6 La Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres (NMHPA)	77
	7 La Ley sobre los Derechos de la Mujer a la Salud y el Cáncer (WHCRA)	77
	8 Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (USERRA)	77
	9 Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa	77
<b>Parte XIX</b>	<b>Aviso del Departamento de Seguros de California</b>	<b>79</b>

# Resumen de la descripción del plan y documento del plan...

## **Parte I, Disposiciones de elegibilidad**

### **Sección 1, ¿Quién tiene derecho a los beneficios?**

Si trabaja a tiempo completo como empleado de un empleador participante del United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust (también conocido como United Agricultural Benefit Trust, UnitedAg Benefit Trust o UABT) y ha cumplido los requisitos acordados entre su empleador y el UABT, reúne los requisitos para ser Participante del Plan. Usted es Participante y tiene derecho a los beneficios descritos en el Plan durante cada mes natural para el que su empleador haya efectuado la cotización necesaria en su nombre.

El Empleador, de conformidad con el Acuerdo de Fideicomiso con el UABT, es responsable de seguir las normas de elegibilidad enumeradas en el Resumen de la Descripción del Plan, así como cualquier norma delegada del Empleador documentada en el Manual del Empleador o en las Políticas que puedan afectar a la elegibilidad del Participante del Plan. El Manual y las Políticas del Empleador deben ser aprobados por el UABT durante el proceso de suscripción. Es responsabilidad del Empleador mantener registros y metodologías precisas para evaluar y ofrecer cobertura en virtud de cualquier Ley o Mandato Federal aplicable y, al hacerlo, es responsable en última instancia de cualquier multa o sanción por incumplimiento de dichas leyes.

Si es propietario, socio o director de una empresa participante y percibe salarios, dividendos u otras distribuciones sustanciales de la empresa al menos mensualmente, se le considera un trabajador a efectos de participación.

### **Sección 2, Restablecimiento de la cobertura**

Si ha sido despedido o despedida por su empleador y vuelto a contratar por su empleador (o filial o subsidiaria) dentro de las trece (13) semanas siguientes a la fecha de finalización de su relación laboral, su cobertura se restablecerá el primer día del mes siguiente a la nueva contratación, siempre y cuando se cumplan todos los demás criterios de elegibilidad. Su empleador podrá reincorporarle después de un periodo de tiempo más largo basado en su Manual del Empleador o Póliza si se aprueba durante el proceso de suscripción.

Los empleados que se reincorporen al trabajo tras un permiso aprobado o que tengan cobertura continuada en virtud de COBRA no tendrán que cumplir un periodo de espera.

Aquellos empleados o dependientes cubiertos que se reincorporen al trabajo después de haber prestado servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos también serán reintegrados a la cobertura inmediatamente después de su reincorporación al empleo siempre y cuando se cumplan ciertos requisitos conforme a la Ley de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformes de 1994 (USERRA). Los empleados deben comprobar con su empleador si la ley USERRA les afecta a ellos y/o a sus dependientes.

### **Sección 3, Determinación del estatus de empleado a tiempo completo para empleadores grandes aplicables (ALE por sus siglas en inglés)**

Un empleador grande aplicable es un empleador que tiene una media de al menos 100 empleados a tiempo completo o "equivalentes a tiempo completo" o "ETC". A efectos de la Ley de Atención Médica Asequible, un empleado a tiempo completo es alguien que trabaja al menos 30 horas a la semana.

Un ALE identifica a sus empleados a tiempo completo en función de las horas de servicio de cada uno de ellos (incluidos los permisos retribuidos).

Los empleadores pueden determinar las horas de servicio de los empleados por horas y de los empleados que no trabajen por horas utilizando el método de medición mensual o el método retrospectivo para las diferentes clasificaciones de empleados.

### **Sección 4, ¿Quiénes son sus derechohabientes?**

Su cónyuge actual y legal (como lo demuestra una licencia de matrimonio válida y el matrimonio no ha sido anulado o invalidado de ninguna manera), su pareja de hecho (como lo demuestra una "Declaración jurada de pareja de hecho" del UABT notariada disponible a través del Departamento de Servicios para Miembros del UABT y archivada por su empleador y el UABT) es un dependiente elegible. Los dependientes elegibles también incluyen a los hijos naturales y adoptados, incluidos los hijastros, y a los niños colocados bajo su tutela legal.

Un cónyuge, pareja de hecho y/o hijo dependiente actualmente cubierto por el UABT como empleado puede ser elegible como cónyuge, pareja de hecho o hijo dependiente bajo el mismo u otro Empleador del UABT como Participante del Plan cubierto si se cumplen todos los demás requisitos de elegibilidad.

Un hijo que esté sujeto a una Orden Médica Calificada de Manutención de Menores (QMCSO) o a una Notificación Nacional de Manutención Médica (NMSN) que prevea la manutención de menores con respecto a un hijo de un afiliado en virtud de un plan de salud colectivo o que prevea la cobertura de Beneficios médicos para dicho hijo emitida en virtud de una ley estatal o federal de relaciones domésticas emitida por un tribunal de jurisdicción competente se considerará

elegible si la orden no exige que el UABT ofrezca ningún tipo o forma de beneficio que no se ofrezca de otro modo en virtud del plan.

Su cónyuge y usted deben cumplir los siguientes requisitos:

- (a) Su cónyuge y usted no deberán haber estado Legalmente Separados o en proceso de separación durante más de 12 meses consecutivos en la fecha en que el Plan reciba una reclamación limpia por Servicio(s) Cubierto(s) prestado(s) a un cónyuge.
- (b) Su cónyuge y usted han convivido en la misma residencia durante la mayor parte de un año. Cuando su cónyuge y usted viajen o residan en otro lugar como parte de su empleo, para cuidar de un familiar (debido, por ejemplo, a una enfermedad o lesión), y/o residan en otro lugar debido a una enfermedad o lesión suya o de su cónyuge, durante más de la mitad del Año del Plan aplicable (y, por tanto, residan el uno con el otro durante menos de la mayor parte del año), pero su residencia principal sea también la residencia principal de su cónyuge a todos los efectos legales, reglamentarios y estatutarios, esto constituye convivencia según lo exigido por esta disposición.
- (c) El empleador puede optar por limitar la cobertura de su cónyuge si este tiene acceso a una cobertura de salud colectiva disponible a través de su propio empleador.

El Administrador del Plan tiene autoridad discrecional para interpretar estos términos y determinar el estado conyugal tal y como se define en el presente documento, en la medida en que lo permita la ley.

Para cumplir los requisitos como pareja de hecho elegible:

- (a) La pareja de hecho debe tener al menos 18 años y ser mentalmente competente para celebrar contratos;
- (b) La pareja de hecho debe ser corresponsable con usted de su bienestar y de sus obligaciones financieras;
- (c) Su pareja de hecho y usted deben residir en el mismo domicilio durante al menos seis (6) meses antes de la fecha de la "Declaración de pareja de hecho para la asistencia médica" notariada;
- (d) Su pareja de hecho y usted deben mantener una relación exclusiva de cuidado mutuo que haya existido durante al menos seis (6) meses inmediatamente anteriores a la fecha de una "Declaración de pareja de hecho para la asistencia médica" notariada y ambos tienen la intención de continuar dicha relación indefinidamente;
- (e) Ni usted ni su pareja de hecho tienen una relación similar con otra persona que no sean ustedes;
- (f) Ni usted ni su pareja de hecho han tenido otra(s) pareja(s) de hecho en los últimos seis meses;
- (g) Ni usted ni su pareja de hecho pueden estar casados,
- (h) Su pareja de hecho y usted no pueden estar emparentados por consanguinidad de ningún modo que impida el matrimonio en el estado en el que residen.

Un nieto, hermano, hermana, sobrina o sobrino menor de edad podrá ser considerado hijo adoptivo si un tribunal competente le ha nombrado tutor legal y ha presentado una copia de los documentos de tutela al UABT. Sus padres, abuelos u otros familiares adultos no son elegibles como dependientes según el Plan, aunque vivan con usted y/o dependan de usted para su manutención.

Un dependiente que reúna los requisitos tiene derecho a los beneficios descritos en el Plan durante cada mes natural para el que usted o su empresa hayan efectuado las cotizaciones necesarias.

### **Sección 5, Límites de edad de los hijos dependientes**

Para tener derecho a la cobertura, un hijo dependiente elegible no debe tener más de veintiséis (26) años. La cobertura de un hijo dependiente continuará hasta el final del mes natural en que cumpla 26 años. Para la cobertura después de los veintiséis (26) años, consulte la "Parte III, Sección 3, Continuación mediante pago por cuenta propia a través de COBRA y Cal- COBRA".

### **Sección 6, Niños minusválidos o totalmente discapacitados**

Un hijo dependiente elegible que tenga 26 años o más y no sea capaz de mantenerse a sí mismo debido a una minusvalía o discapacidad mental o física recibirá cobertura del UABT si (a) el dependiente ha estado cubierto de forma continua por el UABT u otra compañía; (b) se presenta al empleador y al UABT una prueba de incapacidad total elaborada por el médico tratante con licencia reconocida por el estado en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha en la que el hijo perdería normalmente la cobertura o en el momento de la inscripción; (c) se presenta una prueba de incapacidad continuada anualmente a partir de entonces; (d) el hijo sigue dependiendo totalmente de usted para su manutención; y (e) usted sigue siendo elegible en virtud del Fideicomiso.

### **Sección 7, Su fecha de entrada en vigencia de la cobertura**

Podrá acogerse a la cobertura del Plan el primer día del mes natural siguiente a cualquier periodo de carencia establecido por su empresa y acordado por el UABT.

## **Sección 8, Fecha de entrada en vigencia de la cobertura de sus dependientes**

La cobertura de su dependiente entrará en vigor automáticamente en la fecha en que lo haga la suya, si (a) el dependiente reúne los requisitos del Plan, (b) el dependiente figuraba en su tarjeta de afiliación y (c) se han abonado las cotizaciones requeridas para el dependiente.

Los nuevos dependientes adquiridos después de su propia fecha de entrada en vigencia pasan a ser elegibles en la fecha del matrimonio, la declaración de una pareja de hecho, el nacimiento, la adopción, la entrega en adopción, la entrega para acogida, la tutela legal, la orden de manutención infantil médica calificada o la notificación de manutención médica nacional si rellena y presenta un nuevo formulario de inscripción o un formulario de cambio de inscripción en un plazo de treinta y un (31) días a partir de la fecha en que la persona se convirtió en su dependiente, y se realiza cualquier contribución adicional requerida al UABT.

## **Sección 9, Prueba de la condición de dependiente**

El UABT se reserva el derecho a solicitar información adicional, incluidas, entre otras, copias de certificados de nacimiento, órdenes judiciales, sentencias de divorcio o certificados de matrimonio (licencias), según sea necesario para establecer la condición de dependiente. La verificación solicitada de la condición de dependiente puede retrasar la tramitación de una solicitud de beneficios en virtud del Plan hasta que se haya respondido a dicha solicitud. La falta de respuesta a la solicitud de documentos en un plazo de 60 días puede dar lugar a la baja del dependiente.

## **Sección 10, Afiliados tardíos**

Un afiliado tardío es un empleado o dependiente elegible que ha rechazado la cobertura médica a través del UABT en el momento en que reunía los requisitos para la afiliación inicial o dentro del periodo de treinta y un (31) días siguientes a un acontecimiento calificador y que posteriormente solicita la afiliación al UABT.

El UABT podrá excluir de la cobertura a los afiliados tardíos durante un máximo de doce (12) meses a partir de la fecha en que el afiliado tardío solicite la cobertura y presente el formulario de afiliación o durante el periodo de afiliación abierta de su empresa, lo que ocurra primero. No se exigirá ninguna cotización al afiliado tardío hasta el inicio de la cobertura.

## **Sección 11, Inscripción abierta**

Antes del inicio de la fecha de aniversario de su empresa con el UABT, su Plan de Beneficios tiene un Periodo de Inscripción Abierta. Los participantes que reúnan los requisitos y que no estén cubiertos por este Plan podrán inscribirse para obtener cobertura durante los Periodos de inscripción abierta. Si ya está inscrito, se le dará la oportunidad de cambiar su cobertura a partir del primer día del próximo Año del Plan. Si no realiza ninguna elección durante el Periodo de Afiliación Abierta, conservará automáticamente su cobertura actual. La cobertura de los participantes que se inscriban durante un Periodo de Afiliación Abierta entrará en vigor el primer día del mes del aniversario del beneficio de su empresa, siempre que se hayan cumplido todos los demás requisitos de afiliación.

Los términos del Periodo de Afiliación Abierta, incluida la duración del periodo de elección, serán determinados por su empleador y el UABT y comunicados antes del inicio de un Periodo de Afiliación Abierta.

## **Sección 12, Afiliados tardíos especiales**

Un afiliado tardío especial es un empleado o dependiente elegible que ha rechazado los beneficios a través del UABT en el momento del periodo de inscripción inicial debido a una cobertura alternativa a través de otro plan de beneficios de grupo, COBRA, Medicaid, CHIP o Medicare. El afiliado tardío especial debe haber rellenado un formulario de renuncia a la cobertura del UABT durante el periodo de afiliación inicial.

El UABT ofrece un "Periodo de inscripción especial", en el que puede inscribirse en el Plan, aunque haya rechazado inscribirse durante un periodo de inscripción inicial o durante el periodo de inscripción abierta de su empresa.

Los derechos especiales de afiliación no estarán a su disposición ni a la de su dependiente si se da alguna de las siguientes circunstancias:

- (a) La otra cobertura está/estaba disponible a través de la Cobertura Continuada COBRA y usted o su o su dependiente no agotaron el tiempo máximo disponible para dicha cobertura COBRA.
- (b) Su dependiente o usted perdieron la otra cobertura como consecuencia de que el individuo no pagó las primas o las cotizaciones requeridas o por causa justificada (como la presentación de un reclamo fraudulento o la tergiversación intencionada de un hecho material en relación con la otra cobertura).

Usted o su(s) dependiente(s) que reúna(n) los requisitos, haya(n) cumplido las condiciones requeridas indicadas en esta disposición, la elegibilidad para el UABT será el primer día del mes siguiente a la pérdida de la otra cobertura, y la solicitud se presente a tiempo en un plazo de treinta (31) días a partir de la pérdida de la cobertura.

Usted o su(s) dependiente(s) que sea(n) elegible(s), pero no esté(n) inscrito(s) en este Plan, puede(n) ser elegible(s) para inscribirse durante un periodo de inscripción especial si adquiere(n) un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, pareja de hecho, tutela legal, nacimiento o adopción. Para tener derecho a esta inscripción especial, el Empleado

deberá solicitarla por escrito o electrónicamente, según corresponda, a más tardar treinta (31) días después de haber adquirido a la nueva Persona a cargo.

Las siguientes condiciones especiales de afiliación se aplican a cualquier Empleado y Dependientes elegibles:

Usted o su dependiente que reúna los requisitos, pero no esté inscrito en este Plan, podrá inscribirse durante un periodo de inscripción especial si se cumple una de las siguientes condiciones:

- (a) El empleado elegible es un empleado cubierto bajo los términos de este plan pero eligió no inscribirse durante un periodo de inscripción anterior.
- (b) Un individuo se ha convertido en dependiente del Empleado elegible a través del matrimonio, pareja de hecho, tutela legal, un niño adoptivo que esté al cuidado del empleado, nacimiento, adopción o entrega en adopción.
- (c) La cobertura de Medicaid o del Plan Estatal de Seguro Médico Infantil (es decir, CHIP) de usted o de su dependiente ha finalizado como consecuencia de la pérdida de elegibilidad y usted solicita la cobertura del Plan dentro de los 60 días siguientes a la finalización.
- (d) Usted o la persona a su cargo reúnen los requisitos para recibir un subsidio de ayuda a la cotización/primas en virtud de Medicaid o de un Plan Estatal de Seguro Médico Infantil (es decir, CHIP), y solicita la cobertura del Plan en los 60 días siguientes a la determinación de su elegibilidad.

Si se cumplen las condiciones para la inscripción especial, la cobertura para el Empleado y/o su(s) Dependiente(s) entrará en vigor a las 12:01 A.M. del primer día del mes siguiente a los eventos de inscripción especial.

### **Sección 13, Órdenes médicas calificadas de manutención infantil (QMCSO) y Avisos nacionales de manutención médica (NMSN)**

El UABT reconoce las órdenes médicas calificadas de manutención infantil y las notificaciones nacionales de manutención médica. Un hijo que sea objeto de una orden de este tipo se considera un "beneficiario alternativo" y se trata como un beneficiario dependiente en virtud del Plan.

Para ser considerada como QMCSO o NMSN, una orden de manutención médica debe crear o reconocer la existencia del derecho de un beneficiario alternativo a recibir los beneficios a las que el afiliado tiene derecho en virtud del UABT; identificar claramente al afiliado y al beneficiario alternativo; proporcionar una descripción razonable del tipo de cobertura que se proporcionará; especificar cada plan al que se aplica la orden y el periodo al que se aplica dicha orden; y, no exigir al UABT que proporcione ningún tipo o forma de beneficio que no se proporcione de otro modo en virtud del plan.

El reembolso de los pagos de los beneficios y las copias de las notificaciones con respecto a la orden de manutención médica de los hijos en virtud del UABT a un QMCSO y/o NMSN pueden realizarse al beneficiario alternativo o al progenitor custodio del beneficiario alternativo.

### **Sección 14, Rescisión de la cobertura**

Según la Ley de Atención Médica Asequible, la rescisión de sus Beneficios médicos no está permitida a menos que haya cometido fraude o tergiversado intencionadamente hechos materiales en su solicitud de inscripción.

### **Sección 15, ¿Quién tiene derecho a la cobertura odontológica?**

El pago de los Gastos Cubiertos enumerados puede estar limitado por los honorarios Usuales, Acostumbrados y Razonables, Cuota negociable, Deducible, Porcentaje a Pagar y/o máximos de beneficios como se muestra en el Programa de Beneficios de Gastos Odontológicos. Consulte el Programa de Beneficios de Gastos Odontológicos de su Plan para determinar si los Beneficios Odontológicos son o no un Gasto Cubierto por el Plan.

## **Parte II, Finalización de la cobertura**

### **Sección 1, Cuándo finaliza su cobertura**

Su cobertura finalizará en la primera de las siguientes fechas, según los registros del UABT:

- (a) el último día del mes natural para el que su empresa haya efectuado las cotizaciones necesarias en su nombre;
- (b) el último día del mes natural durante el cual cumple los requisitos para ser empleado según los términos del Plan;
- (c) la fecha en que se cancele el Plan, o (d) la fecha en que su empleador deje de ser un empleador participante en el Fideicomiso; o,
- (d) Si se determina que usted o uno de sus dependientes ha falsificado una solicitud o documento(s) requerido(s) (es decir, licencia/certificado de matrimonio, certificado de nacimiento, etc.)

La finalización de la cobertura *puede* darle derecho a la continuación de la cobertura a través de COBRA. Consulte la “Parte III, Sección 3, Continuación mediante pago por cuenta propia a través de COBRA y Cal-COBRA”.

### **Sección 2, Cuándo finaliza la cobertura de sus dependientes**

La cobertura de todos los dependientes finalizará automáticamente en la fecha en que finalice su derecho a la misma.

Mientras siga cumpliendo los requisitos, la cobertura para cualquier dependiente finalizará en la primera de las siguientes fechas:

- (a) para un cónyuge, la fecha en que se hace efectiva la disolución del matrimonio;
- (b) en el caso de un hijo, el último día del mes natural en el que el hijo deje de reunir los requisitos debido a su edad;
- (c) para un cónyuge o un hijo, la fecha en la que el dependiente entre en “servicio activo” de cualquiera de las fuerzas armadas;
- (d) para cualquier dependiente, el último día del mes por el que se recibe la cotización del dependiente en virtud del Plan; o,
- (e) para un cónyuge o un hijo, la fecha en que se cancele la Cobertura de Dependientes en virtud del Plan.

La finalización de la cobertura *puede* dar derecho a sus dependientes a la continuación de la cobertura a través de COBRA. Consulte la “Parte III, Sección 3, Continuación mediante pago por cuenta propia a través de COBRA y Cal-COBRA”. Sus dependientes también podrán obtener beneficios a través del Mercado de Seguros Médicos (Exchange - en [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov)).

## **Parte III, Continuación de la cobertura**

### **Sección 1, Continuación tras la finalización del empleo**

Su empleador no está autorizado a cotizar por usted una vez finalizado su empleo activo a tiempo completo, a menos que su empleador disponga de una política de empleo establecida, escrita y documentada o de un acuerdo de cese (presentado y aprobado por escrito por el UABT) que denote la continuación de los beneficios en caso de incapacidad laboral o no laboral durante un periodo de tiempo determinado y limitado (no superior a 6 meses).

Si su empleador ha acordado prolongar sus beneficios en caso de incapacidad laboral o no laboral, se le ofrecerá la oportunidad de elegir los beneficios COBRA al expirar esta prolongación de los beneficios.

Las normas y reglamentos del Fideicomiso no permiten que un empleador continúe con las contribuciones para un Jubilado, o cualquier otro empleado una vez finalizada la fecha de su empleo activo, a menos que exista un acuerdo de cese aprobado.

Si el empleador tiene una política establecida que se aplica a todos los empleados en su clasificación laboral que ha sido aprobado por el Fideicomiso, se podrá permitir la continuación de las cotizaciones durante períodos restringidos de despido temporal, licencia para ausentarse aprobada y/o incapacidad total por lesión o enfermedad, que no superen los ciento ochenta (180) días.

### **Sección 2, Continuación durante la Ausencia por Licencia Familiar y Médica**

UABT cumple con la FMLA si es aplicable a su empleador. El UABT proporcionará estos beneficios en la medida exigida por la legislación aplicable o según se documente en el Manual o las Políticas de su empleador y se apruebe durante el proceso de suscripción. Si reúne los requisitos para acogerse a la licencia por FMLA, la cobertura se mantendrá de acuerdo con las mismas condiciones del Plan que se le proporcionarían si hubiera sido un empleado en activo continuo durante todo el periodo de baja.

Cuando un empleador, que reúne los requisitos de la Ley de Licencia Familiar y Médica, notifica al Fideicomiso que reúne los requisitos para la licencia familiar o médica, se permiten sus contribuciones durante toda la duración de la licencia familiar o médica bajo la cobertura de la condición que se habría proporcionado si hubiera seguido trabajando.

### **Sección 3, Continuación mediante autopago a través de COBRA y Cal-COBRA**

Su derecho y el derecho de sus dependientes participantes en el UABT a esta forma de cobertura continuada fue creado por la ley federal, en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985, en su versión modificada ("COBRA"). Sus dependientes y usted podrán acogerse a la cobertura continuada COBRA cuando pierdan la cobertura médica colectiva a través de su empresa. Sus dependientes que estén cubiertos por el Plan cuando, de lo contrario, perderían su cobertura médica colectiva. Según el Plan, usted y sus dependientes que reúnan los requisitos (denominados Beneficiarios Calificados) que elijan la Cobertura Continuada COBRA deberán pagar el costo total de la cobertura, incluida una tasa de administración razonable.

Existen varias formas de finalizar la cobertura, entre ellas el pago impuntual de las cotizaciones (o primas) por su parte o por parte de su dependiente. Si desea más información, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Afiliado del UABT llamando al 800.223.4590.

*Es posible que disponga de otras opciones cuando se pierda la cobertura médica colectiva.* Por ejemplo, usted y sus dependientes elegibles pueden ser elegibles para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en una cobertura a través del Mercado, usted y o sus dependientes pueden optar a costos de prima más bajos. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). Además, usted o sus dependientes pueden optar a un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud colectivo para el que usted y sus otros dependientes sean elegibles (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

#### *(a) Cobertura Continuada COBRA*

"La Cobertura Continuada COBRA" es una continuación de la cobertura del Plan cuando la cobertura finalizaría debido a un acontecimiento conocido como "Evento calificativo". COBRA (y la descripción de la Cobertura Continuada COBRA contenida en este Plan) no se aplica a los siguientes beneficios (si están disponibles como parte del plan del Empleador): seguro de vida, muerte accidental y beneficios por desmembramiento

#### *(b) Eventos calificativos*

Un evento calificativo es cualquiera de los que se enumeran a continuación. Tras un Evento Calificativo, se le ofrecerá la Continuación de Cobertura COBRA a usted y a sus dependientes que sean "Beneficiarios Calificados". Un Beneficiario Calificado es alguien que está o estaba cubierto por el UABT y que ha perdido o perderá la cobertura del Plan debido a la ocurrencia de un Evento calificativo.

Un Empleado, que esté inscrito en el UABT y sea un Empleado cubierto, se convertirá en Beneficiario Calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan porque se produce uno de los siguientes Eventos Calificativos:

- 1) Se reducen las horas de trabajo.
- 2) El empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Su cónyuge se convertirá en Beneficiario Habilitado si pierde su cobertura del UABT porque se produce alguno de los siguientes Eventos Calificativos:

- 1) El empleado muere.
- 2) Se reducen las horas de trabajo del Empleado.
- 3) El empleo del Empleado finaliza por cualquier motivo que no sea su falta grave.
- 4) El Empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, B o ambas).
- 5) El Empleado se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en Beneficiarios Calificados si pierden la cobertura del Plan por cualquiera de los siguientes Eventos Calificativos:

- 1) Fallece el Empleado cubierto por los padres.
- 2) Se reducen las horas de trabajo del Empleado cubierto por los padres.
- 3) El empleo del Empleado cubierto por los padres finaliza por cualquier motivo que no sea su falta grave.
- 4) El empleado cubierto por los padres adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, B o ambas).
- 5) Los padres se divorcian o se separan legalmente.
- 6) El Menor deja de tener derecho a la cobertura del Plan como Hijo dependiente.

*(c) Aviso del empleador sobre los Eventos Calificativos*

Cuando el Evento Calificativo sea el cese de la relación laboral (por motivos que no sean una falta grave), la reducción de las horas de trabajo, el fallecimiento del Empleado cubierto o el hecho de que el Empleado cubierto pase a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas), el Empleador deberá notificar el evento calificador al Administrador de COBRA del UABT.

*(d) Notificación a los empleados de los Eventos Calificativos*

En ciertas circunstancias, usted o sus dependientes elegibles, con el fin de proteger sus derechos bajo COBRA, están obligados a proporcionar una notificación al Administrador de COBRA por escrito, ya sea por correo de primera clase de EE. UU. o entrega en mano.

Estas circunstancias son cualquiera de las siguientes:

- 1) Notificación de Divorcio o Separación: Notificación del acaecimiento de un Evento Calificativo que es el divorcio o la Separación Legal de un Empleado (o antiguo Empleado) cubierto de su cónyuge.
- 2) Notificación de Pérdida de la Condición de Hijo dependiente: Notificación de la ocurrencia de un Evento Calificativo que consiste en que una persona deja de reunir los requisitos como Hijo dependiente según los términos del Plan.
- 3) Notificación de un segundo Evento Calificativo: Notificación de la ocurrencia de un segundo Evento Calificativo después de que un Beneficiario Calificado haya adquirido el derecho a la Cobertura Continuada COBRA con una duración máxima de 18 (o 29) meses.
- 4) Notificación relativa a la incapacidad: Aviso de que la Administración del Seguro Social ("SSA") ha determinado que un Beneficiario Calificado con derecho a recibir la Cobertura Continuada COBRA con una duración máxima de 18 meses está incapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días de la Cobertura Continuada COBRA.
- 5) Notificación relativa al fin de la incapacidad: Notificación de que un Beneficiario Calificado, con respecto al cual se ha proporcionado una notificación descrita anteriormente en el punto #4, ha sido posteriormente determinado por la SSA que ya no está incapacitado.

La notificación de un evento calificador debe hacerse por escrito al UABT. Usted o las personas a su cargo también pueden llamar al Servicio de Atención al Afiliado del UABT al 800.223.4590

La notificación debe incluir una descripción adecuada del hecho habilitante o de la determinación de discapacidad.

*(e) Fecha límite para la notificación*

En el caso de los Eventos Calificativos descritos anteriormente, la notificación deberá realizarse en un plazo de 60 días a partir del último hecho que se produzca y que se indica a continuación:

- 1) La fecha en la que se produce el Evento Calificativo.
- 2) La fecha en la que el Beneficiario Calificado pierde (o perdería) la cobertura del Plan debido a un Evento Calificativo.
- 3) La fecha en la que el Beneficiario Calificado es notificado a través de la SPD del Plan o de la notificación general, y/o toma conocimiento de su condición de Beneficiario Calificado y/o de la ocurrencia de un Evento Calificativo; así como la responsabilidad posterior de usted o de su dependiente de cumplir con el/los procedimiento/s del Plan para notificar al Administrador de COBRA dicha condición.

Como se ha descrito anteriormente, si se determina que alguno de ustedes o su dependiente Calificado está incapacitado conforme a la Ley de Seguro Social, la notificación deberá entregarse en un plazo no superior a 60 días a partir de la última de las siguientes fechas:

- 1) La fecha de la determinación de incapacidad por parte del SSA.

- 2) La fecha en la que se produce un Evento Calificativo.
- 3) La fecha en la que el Beneficiario Calificado pierde (o perdería) la cobertura del Plan como consecuencia del Evento Calificativo.
- 4) La fecha en la que usted o su beneficiario Calificado son informados, a través de la entrega de la SPD del Plan o de la notificación general, tanto de la responsabilidad de proporcionar la notificación. En cualquier caso, este aviso debe proporcionarse dentro de los primeros 18 meses de Cobertura Continuada COBRA.

En el caso de un cambio en el estado de incapacidad descrito anteriormente, el aviso debe ser proporcionado antes de la fecha que sea 30 días después de la última de:

- 1) La fecha de determinación final del SSA de que el Beneficiario Calificado ya no está incapacitado.
- 2) La fecha en la que se informa al Beneficiario Calificado, mediante la entrega de la SPD del Plan o la notificación general, tanto de la responsabilidad de proporcionar la notificación como de los procedimientos del Plan para proporcionar dicha notificación al Administrador de COBRA.

La notificación debe estar matasellada (si se envía por correo) o (si se envía digitalmente) cuando el administrador de COBRA del UABT acuse recibo o la reciba (si se entrega en mano), dentro del plazo establecido anteriormente. Si la notificación llega tarde, se perderá la oportunidad de elegir o ampliar la Cobertura Continuada COBRA, y su cobertura bajo el Plan finalizará en la última fecha para la que usted o sus dependientes eran elegibles según los términos del UABT, o si la persona está ampliando la Cobertura Continuada COBRA, dicha Cobertura finalizará el último día del periodo inicial de cobertura COBRA de 18 meses.

*(f) ¿Quién puede realizar la notificación?*

Usted o las personas a su cargo con respecto a un Evento Calificativo, o cualquier representante que actúe en su nombre y en el de las personas a su cargo que reúnan los requisitos, podrán realizar la notificación. La notificación por parte de un individuo satisfará cualquier responsabilidad de proporcionar notificación en nombre de todos los Beneficiarios Calificados relacionados con respecto al Evento Calificativo.

*(g) Contenido obligatorio del aviso*

Tras recibir la notificación de un Evento Calificativo, el UABT deberá proporcionar al Beneficiario o Beneficiarios Calificados una notificación de elección, en la que se describan sus derechos o los de su dependiente Calificado a la Continuación de la Cobertura COBRA y cómo realizar dicha elección. El aviso debe contener la siguiente información:

- 1) Nombre y dirección del Empleado o antiguo Empleado cubierto.
- 2) Nombre del Plan y nombre, dirección y número de teléfono del administrador de COBRA.
- 3) Identificación del Evento Calificativo y su fecha (el Evento Calificativo inicial y su fecha si usted o sus dependientes ya están recibiendo la Cobertura Continuada COBRA y desean ampliar el periodo máximo de cobertura).
- 4) Una descripción del Evento Calificativo (por ejemplo, divorcio, Separación legal, cese de la condición de Dependiente, derecho a Medicare por parte del Empleado o antiguo Empleado cubierto, fallecimiento del Empleado o antiguo Empleado cubierto, invalidez de un Beneficiario habilitado o pérdida de la condición de invalidez).
  - (a) En el caso de un Supuesto Beneficiario que sea divorcio o Separación Legal, nombre(s) y dirección(es) del cónyuge y del Hijo o Hijos Dependientes cubiertos por el Plan, fecha del divorcio o Separación Legal y copia de la sentencia de divorcio o Separación Legal.
  - (b) En el caso de un Evento Calificativo que sea el derecho a Medicare del Empleado o antiguo Empleado cubierto, la fecha del derecho, y el nombre(s) y dirección(es) del cónyuge y del Hijo o Hijos Dependientes cubiertos por el Plan.
  - (c) En el caso de un Evento Calificativo que sea el cese de la condición de Dependiente de un Hijo dependiente en virtud del Plan, nombre y dirección del Hijo, la razón por la que el Hijo dejó de ser Dependiente elegible (por ejemplo, alcanzó la edad límite).
  - (d) En el caso de un Evento Calificativo que sea el fallecimiento del Empleado o antiguo Empleado cubierto, la fecha del fallecimiento, y el nombre(s) y dirección(es) del cónyuge y del Hijo o Hijos Dependientes cubiertos por el Plan.
  - (e) En el caso de un Evento Calificador que sea una incapacidad de un Beneficiario Calificado, nombre y dirección del Beneficiario Calificado incapacitado, nombre(s) y dirección(es) de otros miembros de la familia cubiertos bajo el Plan, la fecha en que comenzó la incapacidad, la fecha de la determinación del SSA y una copia de la determinación del SSA.
  - (f) En el caso de un Evento Calificativo que sea la pérdida de la condición de discapacitado, nombre y dirección del Beneficiario Calificado que ya no está discapacitado, nombre(s) y dirección(es) de otros miembros de la familia cubiertos por el Plan, la fecha en que finalizó la discapacidad y la fecha de la determinación del SSA.

- 5) Identificación de los beneficiarios Calificados (por nombre o por estatus).

- 6) Explicación del derecho de los Beneficiarios Calificados a elegir la continuación de la cobertura.
- 7) Fecha en que finalizará (o finalizó) la cobertura si no se elige la continuación de esta.
- 8) Cómo elegir la continuación de la cobertura.
- 9) Qué ocurrirá si no se elige la continuación de la cobertura o si se renuncia a ella.
- 10) Qué continuación de la cobertura está disponible, durante cuánto tiempo y (si es por menos de 36 meses), cómo puede ampliarse por incapacidad o por un segundo evento que cumpla los requisitos.
- 11) Cómo puede finalizar anticipadamente la continuación de la cobertura.
- 12) Requisitos para el pago de las primas, incluyendo fechas de vencimiento y periodos de gracia.
- 13) Una declaración sobre la importancia de mantener informado al Administrador del Plan sobre las direcciones de los Beneficiarios Calificados.
- 14) Una declaración de que el aviso de elección no describe completamente COBRA o el plan y que puede obtener más información del administrador del plan y en la SPD.
- 15) Una certificación de que la información es verdadera y correcta, una firma y la fecha.

Si no se puede proporcionar una copia de la sentencia de divorcio o Separación Legal o de la determinación del SSA antes de la fecha límite para proporcionar el aviso, complete y proporcione el aviso, según las instrucciones, antes de la fecha límite y presente la copia de la sentencia de divorcio o Separación Legal o de la determinación del SSA dentro de los 30 días siguientes a la fecha límite. El aviso será puntual si así se hace. Sin embargo, no se dispondrá de la Cobertura Continuada COBRA, ni de la ampliación de dicha Cobertura, hasta que se entregue la copia de la sentencia de divorcio o Separación Legal o la determinación del SSA.

Si la notificación no contiene toda la información requerida, el Administrador de COBRA podrá solicitar información adicional. Si usted o su(s) beneficiario(s) calificado(s) no facilitan dicha información en el plazo especificado por el Administrador de COBRA en la solicitud, el Administrador de COBRA podrá rechazar la notificación si esta no contiene información suficiente para que el Administrador de COBRA pueda identificar el plan, a usted y a sus beneficiarios Calificados, a los Beneficiarios Calificados, el Evento Calificativo o la incapacidad y la fecha en la que se produjo el Evento Calificativo, en su caso.

*(h) Elección de la Cobertura Continuada COBRA*

El UABT le proporcionará instrucciones completas sobre cómo elegir la Cobertura Continuada COBRA en los 14 días siguientes a la recepción de la notificación del Supuesto Beneficiario. Usted y/o su(s) Beneficiario(s) Calificado(s) dispondrán entonces de 60 días para elegir la Cobertura Continuada COBRA. El plazo de 60 días se mide a partir de la fecha de finalización de la cobertura o de la fecha de la notificación con las instrucciones, la que sea posterior. Si no se elige la Cobertura Continuada COBRA en ese período de 60 días, entonces cesa el derecho a elegirla.

Su(s) Beneficiario(s) Calificado(s) y usted tendrán un derecho independiente a elegir la Cobertura Continuada COBRA. Los Empleados Cubiertos podrán elegir la Cobertura Continuada COBRA en nombre de todos los demás Beneficiarios Calificados, incluido su cónyuge, y usted o los padres o un tutor legal podrán elegir la Cobertura Continuada COBRA en nombre de sus hijos.

En caso de que el UABT determine que el individuo no tiene derecho a la Cobertura Continuada COBRA, el Administrador COBRA proporcionará al individuo una explicación de por qué no tiene derecho a la Cobertura Continuada COBRA.

*(i) Renuncia antes del final del periodo electoral*

Si durante el periodo de elección, su(s) beneficiario(s) calificado(s) o usted renuncia(n) a la continuación de la cobertura COBRA, la renuncia puede revocarse en cualquier momento antes de que finalice el periodo de elección. La revocación de la renuncia constituye una elección de la continuación de la cobertura COBRA. Sin embargo, si la renuncia se revoca posteriormente, no es necesario que la cobertura se proporcione con carácter retroactivo (es decir, desde la fecha de la pérdida de la cobertura hasta que se revoque la renuncia). Las renunciaciones y revocaciones de renunciaciones se considerarán realizadas en la fecha en que se envían al UABT.

*(j) Duración de la cobertura continua COBRA*

El periodo de tiempo máximo que se indica a continuación dictará durante cuánto tiempo estará disponible la Cobertura Continuada COBRA. El periodo de tiempo máximo para la cobertura se basa en el tipo de Evento Calificativo y en el estado del Beneficiario Calificado. Los Eventos Calificativos múltiples que puedan combinarse bajo COBRA no continuarán normalmente la cobertura por más de 36 meses después de la fecha del Evento Calificador original. Cuando el Evento Calificativo sea el "derecho a Medicare", el periodo de continuación de 36 meses se medirá a partir de la fecha del evento original. Para todos los demás Eventos Calificativos, el periodo de continuación se mide a partir de la fecha del Evento Calificativo, no de la fecha de pérdida de la cobertura.

En el caso de que se produzca un evento calificativo por quiebra, el periodo máximo de cobertura para un Beneficiario Calificado que sea el jubilado cubierto finaliza en la fecha del fallecimiento del jubilado. El periodo máximo de cobertura para un Beneficiario Calificado que sea la Persona a Cargo cubierta del jubilado finaliza en la fecha del fallecimiento del Beneficiario Calificado o 36 meses después del fallecimiento del jubilado, lo que ocurra primero.

Cuando el evento calificativo sea el fallecimiento del Empleado (o antiguo Empleado) cubierto, el hecho de que el Empleado (o antiguo Empleado) cubierto pase a tener derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte

B, o ambas), un divorcio o Separación legal, o la pérdida de elegibilidad de un Hijo dependiente como Hijo dependiente, la Cobertura Continuada COBRA durará hasta un total de 36 meses.

Cuando el Evento Calificativo es la finalización del empleo o la reducción de sus horas de trabajo, y usted adquirió el derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del Evento Calificativo, la Cobertura Continuada COBRA para los Beneficiarios Calificados que no sean el Empleado cubierto dura hasta 36 meses después de la fecha de adquisición del derecho a Medicare. Por ejemplo, si adquiere el derecho a Medicare ocho meses antes de la fecha en la que finaliza su empleo, la Cobertura Continuada COBRA para usted o su cónyuge e hijos puede durar hasta treinta y seis meses después de la fecha del derecho a Medicare, lo que equivale a veintiocho meses después de la fecha del Evento Calificativo (treinta y seis meses menos ocho meses).

De lo contrario, cuando el Evento Calificativo sea el cese de la relación laboral (por motivos distintos a una falta grave) o la reducción de sus horas de trabajo, la Cobertura Continuada COBRA suele durar sólo hasta un total de 18 meses. Existen dos formas de ampliar este periodo de 18 meses de Cobertura Continuada COBRA.

*(k) Extensión por incapacidad de la cobertura continua COBRA*

La incapacidad puede ampliar el periodo de 18 meses de continuación de la cobertura por un Evento Calificativo que sea un cese de empleo o una reducción de horas si usted o alguien de su familia cubierto por el Plan es determinado como incapacitado por el Seguro Social/Administración ("SSA"), y lo notifica al UABT. las personas a su cargo y usted pueden tener derecho a 11 meses adicionales de Cobertura Continuada COBRA, hasta un total de 29 meses, si la incapacidad comenzó en algún momento antes del día 60 de Cobertura Continuada COBRA y dura al menos hasta el final del periodo de 18 meses de Cobertura Continuada COBRA. El Plan puede cobrar el 150% del costo de la prima por el periodo ampliado de cobertura.

*(l) Extensión de la cobertura continuada COBRA por segundo evento calificativo*

Si su familia experimenta otro Evento Calificativo mientras recibe 18 meses de Cobertura Continuada COBRA, sus dependientes podrán recibir hasta 18 meses adicionales de Cobertura Continuada COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica el segundo Evento Calificativo al UABT. Esta prórroga puede aplicarse al fallecimiento del Empleado, a la elegibilidad para las Partes A y/o B de Medicare, al divorcio o a la Separación Legal, o a la pérdida de la condición de Dependiente según los términos del Plan si el acontecimiento también hubiera provocado que el cónyuge o el Hijo Dependiente perdieran la cobertura del Plan independientemente de que se hubiera producido el primer Evento Calificativo.

*(m) Cobertura ampliada sólo para los afiliados de California*

Cualquier Beneficiario Calificado de California dispondrá de una ampliación de la cobertura de dieciocho (18) meses hasta un máximo acumulativo de treinta y seis (36) meses

*(n) Duración más corta de la cobertura continua COBRA*

COBRA establece los periodos de cobertura requeridos para la continuación de los beneficios médicos. No obstante, un plan puede proporcionar periodos de cobertura más largos que los exigidos por COBRA. Por lo general, los beneficiarios Calificados de COBRA tienen derecho a la cobertura del grupo durante un máximo de 18 meses tras los Eventos Calificadores que surgen debido a la finalización del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Ciertos Eventos Calificativos, o un segundo evento calificativo durante el periodo inicial de cobertura, pueden permitir a un Beneficiario Calificado recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

No es necesario que la Cobertura Continuada COBRA esté vigente durante el período máximo, tal y como se establece en el presente documento. La Cobertura Continuada COBRA puede concluir antes de la última fecha posible si su Empleador deja de proporcionar un plan de salud de grupo a cualquier Empleado; su Beneficiario Calificado o usted no efectúan el pago dentro de los treinta (30) días de la fecha de vencimiento de cualquier contribución o prima requerida; su Beneficiario Calificado o usted obtienen cobertura bajo otro plan de salud grupal o adquiere derecho a Medicare Parte A o Parte B (lo que ocurra primero); u ocurre cualquier otro evento que permita al Administrador del Plan terminar la cobertura sin ofrecer la Cobertura Continuada COBRA (como la comisión de fraude por parte del Beneficiario Calificado y/o su Dependiente). La Cobertura Continuada COBRA se extenderá hasta el primer día del mes 30 días (o más) posterior a la fecha en que la SSA determinó que el Beneficiario Calificado ya no está incapacitado.

*(o) Requisitos de cotización y/o primas*

El costo de la Cobertura Continuada COBRA elegida deberá abonarse en los 45 días siguientes a su elección. Posteriormente, los pagos vencerán el primer día de cada mes. La Cobertura Continuada COBRA se cancelará y no se restablecerá si se efectúa algún pago fuera de plazo; no obstante, el UABT deberá permitir un periodo de gracia de 30 días durante el cual aún podrá efectuarse un pago fuera de plazo sin que se pierda la Cobertura Continuada COBRA.

*(p) Ley de Reforma Comercial de 2002 y Ley de Ampliación de las Preferencias Comerciales de 2015*

La Ley de Ampliación de las Preferencias Comerciales de 2015 ha ampliado ciertas disposiciones de la Ley de Reforma Comercial de 2002, que creó un derecho COBRA especial aplicable a ciertos empleados que han sido despedidos o han experimentado una reducción de horas y que reúnen los requisitos para recibir una "beneficio por reajuste comercial" o una "ayuda alternativa por reajuste comercial". Estas personas pueden acogerse a un crédito fiscal por cobertura médica (HCTC) u obtener el pago por adelantado del porcentaje aplicable de las primas abonadas por la cobertura de un seguro médico Calificado, incluida la continuación de la cobertura COBRA. Estas personas también tienen derecho a una segunda oportunidad de elegir la cobertura COBRA para sí mismas y para determinados miembros de su familia (si no

habían elegido ya la cobertura COBRA). Esta elección debe realizarse dentro del periodo de 60 días que comienza el primer día del mes en el que el individuo pasa a ser elegible para la asistencia en virtud de la Ley de Reforma del Comercio de 2002. Sin embargo, esta elección no podrá realizarse más de seis meses después de la fecha en que finalice la cobertura del plan de salud colectivo del individuo.

Su elegibilidad o la de su(s) beneficiario(s) calificado(s) para los subsidios en virtud de la Ley de Ampliación de las Preferencias Comerciales de 2015 le afecta para los subsidios que proporcionan asistencia para las primas de la cobertura adquirida a través del Mercado de Seguros Médicos. Para cada mes de cobertura, debe elegir uno u otro, y si recibe ambos durante un año fiscal, el IRS conciliará su elegibilidad para cada subsidio a través de su declaración de impuestos individual. Los participantes pueden consultar a sus asesores fiscales individuales sobre las ventajas de utilizar un subsidio u otro.

Los participantes pueden ponerse en contacto con el UABT para obtener información adicional o, si tienen alguna pregunta, pueden llamar gratuitamente al Centro de Contacto con el Cliente del Crédito Fiscal para Cobertura médica al 1-866-628-4282. Las personas que llamen a TTD/TTY pueden llamar gratuitamente al 1-866-626-4282. Encontrará más información sobre la Ley de Reforma del Comercio en [www.doleta.gov/tradeact](http://www.doleta.gov/tradeact); para obtener información sobre el Crédito Fiscal para la Cobertura médica (HCTC), consulte: <https://www.irs.gov/Credits-&-Deductions/Individuals/HCTC>.

*(q) Información adicional*

Póngase en contacto con los Servicios COBRA del UABT si tiene alguna pregunta sobre su plan y la Cobertura Continuada COBRA en la siguiente dirección:

**United Agricultural Benefit Trust  
54 Corporate Park  
Irvine, CA 92606-5105  
800.223.4590**

Si desea más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, HIPAA, la Ley de Atención Médica Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud colectivos, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Afiliado o con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE.UU. o visite <https://www.dol.gov/agen-cies/ebsa>. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA). Para más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

*(r) Direcciones actuales*

Es posible que se distribuya información importante por correo. Para proteger su COBRA y la de su(s) beneficiario(s) Calificado(s), debe mantener informada al UABT de cualquier cambio en la dirección de los miembros de su familia.

#### **Sección 4, Opciones de cobertura alternativas**

Es posible que pueda adquirir una cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos o de los Intercambios de Asistencia médica. En los Intercambios, también puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce las primas mensuales de inmediato y puede ver cuáles serán las primas, los deducibles y los gastos de bolsillo antes de decidir inscribirse. Ser elegible para COBRA no limita la elegibilidad de un Beneficiario Calificado para la cobertura de un crédito fiscal a través del Intercambio. Además, los Beneficiarios Calificados pueden optar a oportunidades especiales de inscripción en otro plan de salud colectivo para el que sean elegibles, como el plan de salud de su cónyuge.

## **Parte IV, Ampliación de beneficios**

### **Sección 1, Ampliación de los beneficios de vida para empleados**

Si padece una incapacidad total y continuada como consecuencia de una enfermedad o lesión en el momento en que finaliza su derecho regular a los beneficios del seguro de vida colectivo, *puede* optar a una prórroga de los beneficios mediante una exención de prima mientras dure su incapacidad total.

En caso de incapacidad total, deberá presentar una solicitud de exención de prima a la compañía de seguros que proporciona los beneficios del seguro de vida colectivo a UABT cuando haya estado incapacitado para trabajar durante al menos seis (6) meses consecutivos, pero menos de doce (12) meses.

El hecho de no presentar una solicitud de exención de prima dentro del límite requerido de seis (6) a doce (12) meses puede invalidar su derecho a la exención de prima. Los formularios apropiados están disponibles a través de la compañía de seguros de vida indicada en su certificado de cobertura o puede llamar al Departamento de Atención al Afiliado del UABT (800) 223.4590 para solicitar ayuda.

### **Sección 2, Beneficios que no pueden prorrogarse**

No se proporciona ninguna extensión de los beneficios durante la incapacidad total para los planes médicos, de medicamentos recetados, odontológicos u oftalmológicos proporcionados por una compañía independiente a través del UABT. Todos los beneficios de estas coberturas finalizarán el último día del mes natural por el que se paga la cotización y es aceptada por el proveedor de beneficios.

## **Parte V, Definiciones generales**

Existen varios términos utilizados para describir los beneficios del Plan que tienen definiciones específicas. Para ayudarle a comprender los límites de su Plan, se incluyen las siguientes definiciones. Estas definiciones no indican que se trate de servicios o suministros cubiertos y pueden utilizarse para identificar gastos no subvencionables; debe consultar la sección correspondiente para obtener más información.

### **Sección 1, Accidente**

El término “accidente” o “lesión accidental”, tal y como se utiliza en cualquiera de las disposiciones del Plan, se refiere a un incidente inesperado que sucede sin que la persona tenga intención de lesionarse, en el que interviene alguna fuerza, elemento u objeto externo.

Los beneficios por accidente no se aplicarán a ninguna lesión resultante de: (a) d (b) una lesión sufrida durante la participación en cualquier actividad ilegal, sin incluir las infracciones leves de tráfico.

### **Sección 2, Actividades de la vida diaria**

El término “actividades de la vida diaria” o AVD, tal y como se utiliza en las disposiciones del Plan, hace referencia a los programas de terapia física, ocupacional o de otro tipo diseñados para entrenar a los pacientes con una función deteriorada a realizar tareas básicas como comer, escribir y la higiene personal.

### **Sección 3, ADA**

“ADA” hace referencia a la Asociación Dental Americana.

### **Sección 4, Determinación adversa de beneficios**

El término “determinación adversa de beneficios” significa cualquiera de los siguientes:

- a) Una denegación en los beneficios.
- b) Una reducción de los beneficios.
- c) Una rescisión de la cobertura resultante de un error de su empleador o de una declaración falsa por su parte, incluso si la rescisión no repercute en una solicitud actual de beneficios.
- d) Un cese de beneficios.
- e) La falta de beneficio o de pago (total o parcial) de un beneficio, incluida cualquier denegación, reducción, rescisión o falta de beneficio o de pago que se base en la determinación de la elegibilidad de un participante para participar en el Plan.
- f) La denegación, reducción o finalización de un beneficio, o la falta de beneficio o de pago (total o parcial) de la misma, como resultado de la aplicación de cualquier revisión de utilización.
- g) La no cobertura de un artículo o servicio para el que de otro modo se proporcionarían beneficios porque se determina que es Experimental o de Investigación o que no es Medicamento Necesario o apropiado.

### **Sección 5, Ley de Atención Médica Asequible (ACA)**

El término “Ley de Atención Médica Asequible (ACA)” refiere a la ley de reforma médica promulgada en marzo de 2010. Ésta se promulgó en dos partes: La Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible fue promulgada el 23 de marzo de 2010 y enmendada por la Ley de Reconciliación del Cuidado de Salud y Educación el 30 de marzo de 2010. El nombre “Ley de Atención Médica Asequible” se utiliza comúnmente para referirse a la versión final enmendada de la ley. En este documento, el Plan utiliza el nombre Ley de Atención Médica Asequible (ACA) para referirse a la ley de reforma médica.

### **Sección 6, Gastos permitidos**

El término “gasto permitido” hace referencia al cargo máximo permitido para un gasto cubierto médicamente necesario. Se refiere a tipos específicos de servicio cubiertos total o parcialmente según los términos del Plan. La cobertura de un gasto permitido puede estar limitada por disposiciones específicas del Plan o por los máximos de los beneficios. Cuando algún “otro plan” proporcione beneficios en forma de servicios (en lugar de pagos en efectivo), el administrador del plan evaluará el valor de dicha beneficio o beneficios y determinará el valor razonable en efectivo del servicio o servicios prestados, mediante la determinación del importe que sería pagadero de acuerdo con los términos del Plan. Los beneficios pagaderos en virtud de cualquier Otro Plan incluyen los beneficios que habrían sido pagaderos si se hubiera presentado debidamente el reclamo correspondiente, independientemente de que se haya presentado realmente o no”.

### **Sección 7, Destinatario alternativo**

El término “destinatario alternativo” se refiere a cualquier hijo de un afiliado al UABT al que se le reconozca, en virtud de una orden médica de manutención infantil o de una notificación nacional de manutención médica, el derecho a inscribirse en el Plan como dependiente.

## **Sección 8, Centro quirúrgico ambulatorio**

El término “Centro Quirúrgico Ambulatorio” se refiere a un centro médico que le ofrece la oportunidad de someterse a ciertos servicios quirúrgicos y procedimientos fuera del ámbito hospitalario. Un centro es una instalación médica moderna centrada en proporcionar atención quirúrgica en el mismo día, incluidos procedimientos diagnósticos y preventivos.

## **Sección 9, Ensayo clínico aprobado**

El término “Ensayo Clínico Aprobado” se refiere a un ensayo de fase I, II, III o IV financiado a nivel federal por Agencias específicas (Institutos Nacionales de Salud, (NIH), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDCP), Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención médica (AHRQ), Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Departamento de Defensa (DOD) o de Asuntos de Veteranos (VA), o una entidad no gubernamental identificada por las directrices de los NIH) o se realiza en el marco de una solicitud de nuevo fármaco en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (si se requiere dicha solicitud). La Ley de Atención médica Asequible exige que si un “individuo Calificado” participa en un “ensayo clínico aprobado”, el UABT no puede denegar la cobertura de los servicios relacionados (“gastos rutinarios del paciente”).

Un “individuo Calificado” es alguien que cumple los requisitos para participar en un “ensayo clínico aprobado” y, o bien el médico del individuo ha concluido que la participación es apropiada, o bien el participante proporciona información médica y científica que establece que su participación es apropiada.

Los “costos rutinarios del paciente” incluyen todos los artículos y servicios coherentes con la cobertura proporcionada en el plan que normalmente se cubre para un individuo calificado que no está inscrito en un ensayo clínico. Los costos rutinarios del paciente no incluyen: 1) el artículo, dispositivo o servicio de investigación en sí; 2) los artículos y servicios que se proporcionan únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos y que no se utilizan en el tratamiento clínico directo del paciente; y 3) un servicio que sea claramente incoherente con las normas de atención ampliamente aceptadas y establecidas para un diagnóstico concreto. Los planes no están obligados a proporcionar beneficios para los servicios rutinarios de atención al paciente proporcionados fuera del área de la red del plan, a menos que los beneficios fuera de la red se proporcionen de otro modo en virtud del plan.

## **Sección 10, Cesión de beneficios**

La “cesión de beneficios” significará un acuerdo por el cual el Participante, a discreción del UABT, cede a un Proveedor su derecho a solicitar y recibir el pago de los beneficios elegibles del Plan, sin incluir los Deducibles, Copagos y el porcentaje de coaseguro que no sea pagado por el Plan, en estricta conformidad con los términos de este Documento. El Plan del UABT no permite ni reconoce la Cesión de Beneficios, que muchos proveedores exigen como condición para el tratamiento. Sin embargo, si un Proveedor exige una Cesión de Beneficios tal y como se define en este Documento y acepta este acuerdo, los derechos de los Proveedores a recibir los beneficios del Plan son iguales a los de un Participante y están limitados por los términos de este Documento. Un Proveedor que acepta este acuerdo indica que acepta la Asignación de Beneficios y los Deducibles, Copagos y el porcentaje de coseguro que es responsabilidad del Participante, como contrabeneficio total por los servicios, suministros y/o tratamientos prestados. El UABT podrá revocar o hacer caso omiso de una Asignación de Beneficios a su discreción y continuar tratando al Participante como único beneficiario. La Cesión de Beneficios se aplicará únicamente al pago y no transfiere ningún otro derecho a un Proveedor por parte de un Participante. Una Cesión de Beneficios no designa al Proveedor ni a ninguna otra persona como Representante Autorizado con el fin de emprender acciones legales contra el UABT.

Si bien los beneficios pueden pagarse a un afiliado o a un proveedor que haya aceptado una asignación de beneficios como contrabeneficio total por los servicios prestados, el UABT puede pagar directamente a un proveedor en virtud de los acuerdos de la red de proveedores. Si el pago se realiza directamente a un Proveedor, el Proveedor y el importe del pago se identificarán en la Explicación de Beneficios (EOB).

### **Nombramiento del representante autorizado**

Se permite que un afiliado nombre a un representante autorizado para que actúe en su nombre con respecto a una solicitud de beneficios o a la apelación de una denegación. La cesión de beneficios por parte de un afiliado a un proveedor no constituirá el nombramiento de dicho proveedor como representante autorizado. Para nombrar a dicho representante, el afiliado deberá completar un formulario que podrá solicitar al UABT. Sin embargo, en relación con un reclamo que involucre Atención de Urgencia, el Plan permitirá que un profesional de la salud con conocimiento de la condición médica del Participante actúe como representante autorizado del Participante sin necesidad de completar este formulario. En el caso de que un Participante designe a un representante autorizado, todas las comunicaciones futuras del Plan serán con el representante, en lugar de con el Participante, a menos que el Participante indique lo contrario al UABT, por escrito.

### **Asignaciones**

Los beneficios por gastos médicos cubiertos bajo este Plan pueden ser cedidos por un Participante al Proveedor como contrabeneficio total por los servicios prestados; sin embargo, si dichos beneficios son pagados directamente al

Empleado, se considerará que el Plan ha cumplido sus obligaciones con respecto a dichos beneficios. El Plan no será responsable de determinar si dicha cesión es válida. El pago de los beneficios que hayan sido cedidas se efectuará directamente al cesionario, a menos que se haya recibido una solicitud por escrito de no aceptar la cesión, firmada por el Empleado cubierto y el cesionario, antes de presentar la prueba de siniestro.

Ningún Participante tendrá en ningún momento, ni durante el tiempo en que sea Participante del Plan ni después de su cese como Participante, derecho alguno a ceder su derecho a demandar para recuperar los beneficios del Plan, para hacer valer los derechos debidos en virtud del Plan o para cualquier otra causa de acción que pueda tener contra el Plan o sus fiduciarios.

El Proveedor que acepte una Cesión de Beneficios, de acuerdo con este Plan como contrabeneficio total por los servicios prestados, queda obligado por las normas y disposiciones establecidas dentro de los términos de este documento.

Los beneficios debidas a cualquier Proveedor de la Red se considerarán “asignadas” a dicho Proveedor y se pagarán directamente a éste, independientemente de que se haya ejecutado o no una Asignación de Beneficios por escrito. A pesar de cualquier cesión o no cesión de beneficios en sentido contrario, tras el pago de los beneficios debidas en virtud del Plan, se considerará que el Plan ha cumplido sus obligaciones con respecto a dichos beneficios, independientemente de que el pago se realice o no de acuerdo con cualquier cesión o solicitud

Todo beneficio de atención médica, odontológica u oftalmológica y los medicamentos recetados que brinde el Plan pueden verse limitados o reducidos si los servicios se prestan fuera de los Estados Unidos y no pertenecen a la red. El Fideicomiso se reserva el derecho de determinar los beneficios pagaderos, si los hubiere, por todos esos servicios. La asignación de beneficios a proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos no será respetada a menos que sea aprobada por el UABT antes de la fecha de los servicios.

Consulte la sección 4 de la parte VI, Servicios no cubiertos por el seguro prestados fuera de EE. UU., para conocer los límites de la asignación a proveedores ubicados fuera de Estados Unidos.

### **Sección 11, Año**

El término “Año” significa el período que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre de cada año.

### **Sección 12, Enfermero anestesista diplomado certificado**

El término “enfermera anestesista titulada” hace referencia a una enfermera titulada que proporciona anestesia a los pacientes en colaboración con cirujanos, anestesistas, odontólogos, podólogos y otros profesionales médicos Calificados. La enfermera anestesista titulada debe estar certificada (y/o recertificada) por el Consejo de Certificación de Enfermeras Anestesiastas.

### **Sección 13, Reclamación limpia**

El término “Reclamación limpia” se refiere a un reclamo que puede ser procesada de acuerdo con los términos del UABT sin necesidad de obtener información adicional del Proveedor o de un tercero. Se trata de un reclamo que no carece de la documentación requerida, o de una circunstancia particular que requiera un tratamiento especial que impida que se efectúe el pago a tiempo, como se establece en este documento, y en la medida permitida este documento.

una Reclamación limpia no incluye reclamos bajo investigación por fraude y abuso o reclamos bajo revisión por Necesidad Médica u otros criterios de cobertura o tarifas bajo revisión por aplicación del Gasto Máximo Cubierto o cualquier otro asunto que pueda impedir que el cargo o cargos sean Gastos Cubiertos de acuerdo con los términos de este documento.

Presentación de una Reclamación limpia. Un Proveedor presenta una Reclamación limpia proporcionando los elementos de datos requeridos en los formularios de reclamo estándar, junto con cualesquiera anexos y elementos adicionales o revisiones de los elementos de datos, anexos y elementos adicionales, de los que el Proveedor tenga conocimiento. El UABT puede requerir anexos u otra información adicional a estos formularios estándar (tal y como se indica en otras partes de este documento y en otros momentos antes de la presentación del reclamo) para garantizar que los cargos constituyen Gastos Cubiertos tal y como se definen y de acuerdo con los términos de este documento. El formulario de solicitud de reembolso en papel o el archivo electrónico deben incluir todos los elementos de datos requeridos y deben ser completos, legibles y precisos. No se considerará que un reclamo es limpia si el afiliado no ha presentado también al plan los formularios requeridos o la información adicional.

### **Sección 14, Complicaciones del embarazo**

Por “complicaciones del embarazo” se entiende un embarazo extrauterino, una cesárea, un aborto espontáneo o una enfermedad grave (como una toxemia grave o una hiperémesis gravídica) causada por el embarazo. El aborto electivo no se considera una complicación del embarazo a efectos de beneficios.

## **Sección 15, Continuidad de la atención**

En virtud de la Ley de Asignaciones Consolidadas (CAA por sus siglas en inglés) de 2021, se permite que un Paciente de Atención Continuada que esté recibiendo tratamiento por una Afección Grave y Compleja opte por seguir recibiendo beneficios a nivel de red de un proveedor (incluidos los centros) cuya relación contractual con el plan de salud se haya rescindido mientras el Paciente esté recibiendo atención durante un periodo de 90 días.

Un Paciente de Atención Continuada se define como un individuo que está

Recibiendo tratamiento por una afección grave y compleja por parte del proveedor o centro;

Bajo un curso de atención institucional o de hospitalización por parte de un proveedor o centro;

Tiene programada una intervención quirúrgica no electiva con un proveedor, incluidos los cuidados postoperatorios del proveedor y/o del centro;

Está embarazada y recibe atención para el embarazo por parte del proveedor y/o el centro;

Es, o se determinó que es un enfermo terminal y está recibiendo tratamiento para una enfermedad por parte del proveedor y/o centro.

Una Afección Grave y Compleja se define como una afección que es lo suficientemente grave como para requerir un tratamiento especializado para evitar la muerte o un daño permanente; o,

Es una afección que se considera potencialmente mortal, degenerativa, potencialmente discapacitante o congénita y que requiere cuidados especializados durante un periodo de tiempo prolongado.

## **Sección 16, Continuación de la cobertura**

El término “continuación de la cobertura” se refiere a la continuación de todos los beneficios aplicables a todos los miembros de la familia que reúnan los requisitos en circunstancias especiales, según los términos del Plan.

## **Sección 17, Panel de contratación**

El Panel de Contratación del UABT o “Panel de la Red” es una Organización de Proveedores Preferentes (“PPO” por sus siglas en inglés) a través de la cual el UABT contrata servicios de atención médica, odontológico y oftalmológica para los beneficiarios cubiertos. Estos proveedores han firmado un contrato con la PPO para aceptar una estructura de tarifas competitiva por los servicios médicos prestados. Los beneficios debidos a cualquier proveedor del Panel de la Red se considerarán “asignados” a dicho proveedor y se pagarán directamente a éste, independientemente de que se haya ejecutado o no una Asignación de Beneficios por escrito.

Puede solicitar al UABT, sin costo alguno para usted, una lista de los proveedores del Panel de Contratación, acceder a ella en línea o llamar a la PPO al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del UABT.

## **Sección 18, Proveedores y Hospitales Contratantes**

El término “Proveedor Contratante” o “Proveedores de red” hace referencia a un médico, odontólogo, laboratorio u otro proveedor de servicios que tenga un contrato con el UABT o su red PPO en el momento en que se presten los servicios. Los Proveedores se comprometen a aceptar las tarifas negociadas como pago íntegro por los servicios cubiertos.

El término “Hospital Contratante” u “Hospital de la red” hace referencia a un hospital que tiene un contrato con el Fideicomiso o su red PPO en el momento en que se prestan los servicios. Los Hospitales Contratantes acuerdan aceptar las tarifas negociadas en lugar de sus tarifas facturadas. Los beneficios adeudados a cualquier proveedor del Panel de la Red se considerarán “asignados” a dicho proveedor y se pagarán directamente a éste, independientemente de que se haya ejecutado o no una Asignación de Beneficios por escrito.

Puede solicitar al UABT, sin costo alguno, una lista de los Proveedores Contratantes y de los Hospitales Contratantes, o bien puede llamar a la PPO al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del UABT.

## **Sección 19, Coordinación de beneficios (C.O.B.)**

El término “coordinación de beneficios” o “C.O.B” (por sus siglas en inglés) hace referencia a las disposiciones del Plan que limitan el pago total en virtud de dos o más planes de beneficios, de forma que la combinación de planes no pague más que el cargo máximo permitido para la atención médica, odontológica u oftalmológica cubierta o el gasto en medicamentos recetados.

## **Sección 20, Copago**

El término “copago” o “copago” hace referencia a los requisitos de participación en los gastos del paciente, tal y como se especifica en el anexo aplicable de beneficios médicos, odontológicos, medicamentos recetados y/o gastos oftalmológicos.

## **Sección 21, Cirugía estética**

El término “cirugía estética” se refiere a los procedimientos destinados a mejorar el aspecto físico cuando no existe un deterioro funcional. El término “cirugía estética” no se aplica a los gastos ocasionados por la reparación de una lesión sufrida en el plazo de un año tras un accidente ocurrido mientras la persona estaba cubierta por los beneficios del Plan,

por la corrección de una deformidad congénita en un niño que reunía los requisitos del Plan al nacer, y/o a la cirugía reconstructiva posterior a una mastectomía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones derivadas de una mastectomía (incluido el linfedema).

## **Sección 22, Gastos cubiertos**

El término “Gasto Cubierto” significa el Cargo Máximo Permitido por un servicio, tratamiento o suministro(s) médicamente necesario(s). Gasto incurrido por un tipo de tratamiento, servicio o suministro que está permitido por el Plan, si se han satisfecho todas las Definiciones del Plan; los servicios no están excluidos por la Limitación del Plan, y; los cargos no exceden el máximo de beneficio aplicable que se determinará en base a todas las demás disposiciones del Plan designadas en las listas de beneficios... Gasto cubierto por un servicio, tratamiento o suministro elegible Médicamente Necesario, destinado a mejorar una afección o la salud del Participante, que sea elegible para cobertura de acuerdo con este Plan. Cuando haya más de una opción de tratamiento disponible, y una opción no sea más eficaz que otra, el Gasto Cubierto será la opción menos costosa que no sea menos eficaz que cualquier otra opción.

## **Sección 23, Cuidados de custodia, rehabilitación o mantenimiento**

Los términos cuidados de custodia, rehabilitación o mantenimiento se refieren a cualquier cuidado que ya no se clasifica como agudo, cuando la evolución del paciente se ha estabilizado esencialmente y el deterioro médico debe considerarse permanente. No se espera razonablemente que dichos cuidados mejoren la afección médica subyacente, aunque puedan aliviar los síntomas de dolor. Estos cuidados incluyen, entre otros, el baño, el vestido, la alimentación, la preparación de dietas especiales, la ayuda para caminar o para acostarse o levantarse de la cama, la supervisión de la medicación que normalmente puede autoadministrarse, todas las actividades domésticas. Además, este tipo de cuidados incluiría, entre otros, los cuidados en un ala de rehabilitación de un hospital de cuidados intensivos, un centro de cuidados prolongados o un centro de enfermería especializada, salvo lo dispuesto en cualquier disposición del plan sobre hospitales de convalecencia o centros de cuidados prolongados.

## **Sección 24, Deducible**

El término “deducible” o “deducible en efectivo” se refiere al importe del gasto cubierto en el que debe incurrir usted o su(s) dependiente(s) antes de que los beneficios sean pagaderos según los términos del Plan. Los cargos que no se consideren gastos cubiertos no podrán utilizarse para satisfacer ninguna parte del deducible del paciente. Tenga en cuenta que su deducible puede restablecerse si cambia a o desde un plan calificado de HSA.

## **Sección 25, Servicios odontológicos**

El término “servicios odontológicos” hace referencia a los servicios cubiertos en el Programa de Beneficios de Gastos Odontológicos o a los servicios médicos médicamente necesarios para el pago de la reducción de fracturas de mandíbulas o huesos faciales, maloclusión grave/muelas del juicio impactadas que no hayan erupcionado completamente; cálculos de los conductos salivales; escisión de tumores malignos de la boca; cirugías orales que no afecten a los dientes o a sus estructuras de soporte y cualquier cirugía ambulatoria pacientes que puedan estar inmunodeprimidos. Los servicios para tratar el trastorno de la articulación temporomandibular son un gasto cubierto por el beneficio médico.

## **Sección 26, Servicio de diagnóstico**

El término “servicio de diagnóstico” se refiere a los servicios prescritos médicamente con el fin de proporcionar un diagnóstico para promover y mantener la salud.

## **Sección 27, Medicamentos**

El término “medicamento” significa una “sustancia química, prescrita por un proveedor médico que se utiliza en el diagnóstico, tratamiento o prevención de una afección o enfermedad”.

## **Sección 28, Equipos médicos duraderos**

El término “equipo médico duradero” hace referencia al equipo médico prescrito por un médico que 1) puede soportar un uso repetido, es decir, que normalmente podría alquilarse y ser utilizado por pacientes sucesivos y 2) se utiliza principal y habitualmente para servir a un propósito médico y 3) generalmente no es útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión y 4) es apropiado para su uso en el hogar y 5) sirve a un propósito terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión. Algunos ejemplos son las sillas de ruedas (manuales y eléctricas), las camas de hospital, los equipos de tracción, los bastones, las muletas, los andadores, las máquinas renales, los ventiladores, el oxígeno, los monitores, los colchones de presión, los elevadores y los nebulizadores.

El Plan limitará los beneficios por el alquiler del equipo hasta el importe del precio de compra y sólo cubrirá el costo del equipo estándar. Todo el equipo médico duradero debe ser prescrito por un médico o profesional médico que indique que el equipo es médicamente necesario.

## **Sección 29, Médico**

El término “médico” se refiere únicamente a un médico que esté ejerciendo dentro del ámbito de su licencia como Doctor en Medicina (M.D.) u Osteopatía (D.O.); o, en la medida en que se proporcionen beneficios específicos bajo el Plan, un Doctor en Acupuntura, Odontología, Podología, Optometría o Quiropráctica que estén debidamente licenciados y acreditados en su campo de la medicina. También se incluye a un Óptico, Psicólogo o, Practicante de la Ciencia Cristiana con licencia cuando realice servicios cubiertos por el Plan.

## **Sección 30, Beneficios médicos esenciales**

El término “Beneficios médicos esenciales”, tal y como se define en la Ley de Atención Médica Asequible, se referirá a aquellos beneficios médicos que incluyan al menos las siguientes categorías generales y los artículos y servicios cubiertos dentro de las categorías: servicios ambulatorios para pacientes; servicios de urgencias; hospitalización; maternidad y atención al recién nacido; servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias, incluido el tratamiento de salud conductual; medicamentos con receta; servicios y dispositivos de rehabilitación; servicios de laboratorio; servicios preventivos y de bienestar y gestión de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluida la atención bucodental y oftalmológica.

La determinación de qué beneficios proporcionados por el plan son Beneficios Médicos Esenciales se realizará de acuerdo con el plan de referencia de California, según lo permitido por los Departamentos de Trabajo, Hacienda y Salud y Servicios Humanos.

## **Sección 31, Gastos excluidos**

El término “gasto excluido” se refiere a los cargos o servicios que están específicamente excluidos por la definición o limitación del plan.

## **Sección 32, Procedimiento experimental y/o de investigación - Medicamento/procedimiento**

Los términos “procedimientos experimentales”, “tratamiento en investigación” “procedimiento en investigación” o “tratamiento experimental” se refieren a medicamentos, terapia, cirugía, ensayos clínicos, protocolos de tratamiento u otro tratamiento médico aún en estudio, no reconocido como práctica médica aceptada y/o definido como experimental por la Asociación Médica Estadounidense y/o los Centros de Medicare y Medicaid (CMS). También se consideran experimentales los artículos, fármacos o sustancias que se encuentran bajo la jurisdicción de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, que se están probando pero que no han sido aprobados por la FDA y/o los CMS, o los fármacos aprobados utilizados para un protocolo de tratamiento no reconocido, no aceptado o no aprobado.

Estos servicios no están incluidos en o como procedimientos reembolsables de Medicare, e incluyen servicios, suministros, cuidados, procedimientos, tratamientos o cursos de tratamiento que cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- 1) No constituyan una práctica médica aceptada según las normas del caso y según las normas de un segmento razonable de la comunidad médica o de los organismos gubernamentales de supervisión en el momento en que se prestaron.
- 2) Se presten sobre una base de investigación según lo determinado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos y el Consejo de Sociedades de Especialidades Médicas de la AMA.

Todas las fases de los ensayos clínicos se considerarán experimentales.

Un medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico nuevo en el mercado es experimental o de investigación si se cumple uno de los siguientes requisitos:

- 1) Si el fármaco o dispositivo no puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU., y/o la aprobación del Consejo Asesor de la FDA.
- 2) La aprobación para la comercialización no se ha concedido en el momento en que se suministra el medicamento o el dispositivo.
- 3) Si existen pruebas fiables que demuestren que el fármaco, dispositivo o tratamiento médico o procedimiento es objeto de ensayos clínicos de fase I, II o III en curso o en estudio para determinar todo lo siguiente:
  - (a) Dosis máxima tolerada.
  - (b) Toxicidad.
  - (c) Seguridad.
  - (d) Eficacia.
  - (e) Eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o Diagnóstico.
- 4) Si pruebas fiables demuestran que el consenso entre los expertos en relación con el medicamento, el dispositivo o el tratamiento o procedimiento médico es que se necesitan más estudios o ensayos clínicos para determinar todo lo siguiente:
  - (a) Dosis máxima tolerada.
  - (b) Toxicidad.
  - (c) Seguridad.
  - (d) Eficacia.

(e) Eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o Diagnóstico.

Por prueba fiable se entenderá una o varias de las siguientes:

- 1) Sólo informes y artículos publicados en la literatura médica y científica autorizada.
- 2) El protocolo o protocolos escritos utilizados por el centro tratante o el protocolo o protocolos de otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico.
- 3) El consentimiento informado escrito utilizado por el centro tratante o por otro centro que estudie sustancialmente el mismo fármaco, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico.

Un medicamento aprobado por la FDA, pero utilizado en un tratamiento no aprobado no se considera experimental o de investigación y tiene la misma cobertura que cualquier otro medicamento recetado siempre que se reconozca como medicamento necesario y apropiado para el tratamiento específico para el que ha sido recetado por al menos uno de los siguientes:

- (a) Las evaluaciones de medicamentos de la Asociación Médica Americana
- (b) El Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano
- (c) La información sobre medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos; o
- (d) Un estudio clínico o un artículo de revisión en una revista profesional revisada.

Sujeto a la opinión médica, si no es factible ningún otro tratamiento aprobado por la FDA y, como resultado, el paciente se enfrenta a una afección médica de vida o muerte, el Administrador del Plan conserva la autoridad discrecional para cubrir los servicios o el tratamiento.

El Administrador del Plan conserva la máxima autoridad legal y discreción para determinar qué es Experimental o en Investigación.

### **Sección 33, Explicación de beneficios (EOB)**

El término “Explicación de beneficios” (EOB por sus siglas en inglés) hace referencia a una declaración que el UABT le envía en la que se muestran los cargos, los pagos y cualquier saldo que se deba a un proveedor. Puede enviarse por correo postal o electrónico. Una Explicación de Beneficios puede servir como una Determinación Adversa de Beneficios.

### **Sección 34, Centro de cuidados prolongados**

El término “centro de cuidados prolongados” se refiere a un centro médico independiente que está autorizado como hospital de convalecencia o rehabilitación; o a un área específica en un hospital de cuidados intensivos que funciona principalmente como unidad de cuidados de convalecencia o rehabilitación. Dicho centro o unidad debe reunir los requisitos para ser considerado un “centro de cuidados prolongados” según las normas y reglamentos federales de Medicare.

### **Sección 35, Centro**

El término “centro” hace referencia a lugares y/o fuentes de servicios médicos con licencia y en funcionamiento legal. Incluyen hospitales, centros quirúrgicos ambulatorios, centros de diálisis, cuidados paliativos, atención médica a domicilio, enfermería privada, clínicas, centros de atención ambulatoria y centros de atención especializada.

### **Sección 36, Información genética**

El término “información genética” significa información sobre las pruebas genéticas de un individuo, las pruebas genéticas de los miembros de su familia, la manifestación de una enfermedad o trastorno en los miembros de su familia o cualquier solicitud o recepción de servicios genéticos, o la participación en una investigación clínica que incluya servicios genéticos por parte del individuo o de un miembro de su familia. El término información genética incluye, con respecto a una mujer embarazada (o a un miembro de la familia de una mujer embarazada) la información genética sobre el feto y, con respecto a un individuo que utilice tecnología de reproducción asistida, la información genética sobre el embrión.

### **Sección 37, Servicios de habilitación**

El término “servicios de habilitación” hace referencia a los servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y funciones necesarias para la vida diaria. Estos servicios pueden incluir fisioterapia o terapia ocupacional, logopedia y otros servicios similares para personas discapacitadas en diversos entornos hospitalarios y/o ambulatorios.

### **Sección 38, Centros de salud y bienestar**

El término “centros de salud y bienestar” hace referencia a los centros de salud y bienestar de UnitedAg que le proporcionan a usted y a las personas a su cargo una gama completa de servicios médicos y de tratamiento centrados en las necesidades únicas de la comunidad agrícola, desde la atención intensiva y episódica hasta la gestión de los riesgos para la salud y las enfermedades, pasando por el bienestar y la prevención. Muchos de los servicios mencionados están a su disposición con un copago de 0 \$ sin deducible en la mayoría de los planes.

### **Sección 39, Mercado de seguros médicos (“Intercambio”)**

El término “Mercado de Seguros Médicos (“Intercambio”) fue creado por la Ley de Atención Médica Asequible que creó un nuevo mecanismo para adquirir cobertura denominado Intercambios, que son entidades que se establecerán en los estados para crear un mercado de seguros médicos más organizado y competitivo ofreciendo una selección de planes de salud, estableciendo normas comunes sobre la oferta y los precios de los seguros y proporcionando información para ayudar a los consumidores a comprender mejor las opciones que tienen a su disposición.

### **Sección 40, Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés)**

El término “HIPAA” significa la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996, en su versión modificada.

### **Sección 41, Asistencia médica a domicilio**

El término “Asistencia médica a domicilio” hace referencia a los servicios médicos que pueden prestarse en su domicilio por una enfermedad o lesión.

La atención médica a domicilio puede incluir terapia ocupacional y física, logopedia y enfermería especializada. Puede implicar ayudar a los adultos mayores con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse y comer. Los profesionales de la atención médica a domicilio suelen ser enfermeros prácticos titulados, terapeutas o auxiliares médicos a domicilio.

La Asistencia médica a domicilio no incluye una enfermera privada.

### **Sección 42, Hospital**

El término “hospital” se refiere únicamente a un centro médico autorizado y en funcionamiento legal que cumple todos los requisitos siguientes: (a) mantiene instalaciones permanentes para el cuidado de cinco o más pacientes residentes en cama, (b) tiene un médico residente de guardia en todo momento, (c) tiene instalaciones para cirugía mayor, (d) proporciona enfermería las veinticuatro (24) horas del día que es supervisada por una enfermera graduada registrada; y (e) proporciona principalmente atención médica general diagnóstica y terapéutica sobre una base distinta a una casa de reposo, hogar de ancianos, hospital de convalecencia, centro de cuidados prolongados, hogar para ancianos o centro de tratamiento de abuso de sustancias.

### **Sección 43, Internamiento hospitalario**

El término “internamiento hospitalario” a efectos de beneficios significa: (a) el internamiento en un hospital como paciente encamado registrado durante al menos veinticuatro (24) horas consecutivas, incluyendo pruebas ambulatorias previas a la hospitalización, (b) el ingreso en el departamento ambulatorio de un hospital para una intervención quirúrgica o (c) el tratamiento en la sala de urgencias del hospital en las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a una lesión.

### **Sección 44, Fecha incurrida**

El término “fecha incurrida” para un determinado servicio o suministro se refiere a la fecha en que se prestó el servicio o se proveyó el suministro al paciente. Si el tratamiento se realiza por fases, los gastos cubiertos se incurren en el momento en que se realizan las fases del tratamiento.

### **Sección 45, Fecha incurrida, Gastos de embarazo**

El término “fecha incurrida” con respecto a los honorarios por caso de atención obstétrica total significa la fecha del parto, aborto o interrupción del embarazo, aparte de la fecha de facturación, pago o servicios.

### **Sección 46, Unidad de cuidados intensivos (UCI)**

El término “unidad de cuidados intensivos” o “U.C.I.” a efectos de beneficios se refiere a un área hospitalaria separada, utilizada exclusivamente para el tratamiento de pacientes en estado crítico, que proporciona una vigilancia permanente por parte de enfermeras de guardia especial y equipos médicos. El término incluye la Unidad de Cuidados Coronarios (U.C.C.) y la Unidad de Atención Crítica para Quemaduras.

### **Sección 47, Licencia para ausentarse**

El término “Licencia para ausentarse” significa un periodo de tiempo durante el cual debe ausentarse de su puesto de trabajo principal con su empleador, manteniendo el estatus de Empleado durante el tiempo de ausencia del trabajo, generalmente solicitado por usted y habiendo sido aprobado por su empleador, y según lo dispuesto en las normas, políticas, procedimientos y prácticas de su empleador cuando proceda.

### **Sección 48, “Separación legal” y/o “Legalmente separados”**

El término “separación legal” y/o “legalmente separados” significará un acuerdo bajo las leyes estatales aplicables para permanecer casados, pero mantener vidas separadas, en virtud de una orden judicial válida.

## **Sección 49, Procedimiento diagnóstico principal**

El término “procedimiento diagnóstico principal” hace referencia a los procedimientos diagnósticos que se realizan habitualmente en un centro de diagnóstico por imagen independiente o en un hospital o instalación, incluidos, entre otros, los siguientes: Gammagrafías óseas, pruebas de esfuerzo, tomografías computarizadas, pruebas de medicina nuclear, resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, mielografías y tomografías por emisión de positrones.

## **Sección 50, Cargo máximo permitido**

El término “Cargo Máximo Permitido” el beneficio pagadero por un servicio o tratamiento específico será la tarifa negociada con la(s) organización(es) proveedora(s) contratada(s) por el Fideicomiso (si existe una).

Si no existe una tarifa negociada, el Plan determinará que el cargo máximo permitido serán las tarifas de reembolso de Medicare utilizadas actualmente por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) multiplicadas por 150% o multiplicadas por un porcentaje que el Proveedor y/u otros en el área acepten habitualmente de todos los pagadores.

Si no se dispone de una tarifa de reembolso de Medicare para un determinado artículo de tratamiento, servicio o suministro, las tarifas de reembolso de Medicare se calcularán basándose en una de las siguientes:

- (a) Precios establecidos por los CMS utilizando los métodos de pago estándar de Medicare y/o basados en los datos de precios suplementarios de Medicare o Medicaid para los artículos que Medicare no cubre según los datos de los CMS;
- (b) Precios establecidos por los CMS utilizando los métodos de pago estándar de Medicare y/o basados en las tarifas de Medicare vigentes en la comunidad para centros no cubiertos por Medicare por servicios y/o suministros similares prestados por proveedores de cuidados con habilidades y formación similares; o bien
- (c) Precios establecidos por los CMS utilizando los métodos de pago estándar de Medicare para artículos en entornos alternativos basados en las tarifas de Medicare proporcionadas por servicios y/o suministros similares pagados a proveedores de cuidados con habilidades y formación similares en entornos tradicionales.

Con respecto a los Servicios de Urgencia fuera de la Red, el beneficio del Plan es mayor de:

- (a) El importe del pago admisible,
- (b) Si procede, el importe negociado para los proveedores dentro de la red (el importe medio si hay más de un importe para los proveedores dentro de la red).
- (c) El importe normal pagadero fuera de la red del Plan tras considerar los criterios descritos a continuación (reducido por los gastos compartidos).
- (d) El importe que pagarían las Partes A o B de Medicare (reducido por los gastos compartidos).

Si y sólo si ninguno de los factores anteriores es aplicable, el Administrador del Plan ejercerá su discreción para determinar el cargo máximo permitido basándose en cualquiera de los siguientes: (i) los datos de costos de Medicare; (ii) los importes cobrados por los proveedores de la zona por servicios similares; o (iii) el precio medio al por mayor (AWP por sus siglas en inglés) o el precio al por menor del fabricante (MRP por sus siglas en inglés). Estos factores auxiliares tendrán en cuenta las normas y prácticas de facturación generalmente aceptadas.

Cuando haya más de una opción de tratamiento disponible, y una opción no sea más eficaz que la otra, se considerará dentro del cargo máximo permitido la opción menos costosa que no sea menos eficaz que cualquier otra opción. El cargo máximo permitido se limitará a una cantidad que, a discreción del Administrador del Plan, se cobre por servicios o suministros que no hayan sido causados injustificadamente por el Proveedor tratante, incluidos los errores en la atención médica que sean claramente identificables, evitables y graves por sus consecuencias para los pacientes. No es necesario que se constate negligencia o mala praxis por parte del Proveedor para que los servicios u honorarios se consideren no subvencionables en virtud de esta disposición.

## **Sección 51, Emergencia médica**

El término “afección médica de urgencia” significa una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente, que posea un conocimiento medio de salud y medicina, pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata dé lugar a una afección descrita en la Ley de Tratamiento Médico de Urgencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA por sus siglas en inglés), incluyendo (1) poner la salud del individuo (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo nonato) en grave peligro, (2) deterioro grave de las funciones corporales, o (3) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Esta definición incluye las afecciones de salud mental y los trastornos por consumo de sustancias. Podrán considerarse otras Emergencias médicas y afecciones agudas previa recepción de una prueba, satisfactoria para el Plan, según el criterio del Administrador del Plan, de que existía una Emergencia.

De acuerdo con la Sección 1867 de la Ley de Seguro Social, por “servicios de urgencia” se entenderá (1) un examen médico apropiado que esté dentro de la capacidad del departamento de urgencias de un hospital o de un departamento de urgencias independiente y autónomo, incluidos los servicios auxiliares de los que dispone habitualmente el departamento de urgencias, para evaluar si existe una afección médica de urgencia; y (2) el examen y tratamiento médico adicional que pueda ser necesario para estabilizar al individuo (independientemente del departamento del hospital en el que se

proporcione el examen y tratamiento médico adicional) dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el hospital o en el departamento de urgencias independiente y autónomo.

Un “departamento de urgencias independiente y autónomo” pretende incluir cualquier centro médico que esté geográficamente separado y diferenciado de un hospital, y que esté autorizado por un estado para prestar servicios de urgencias, incluso si el centro no está autorizado bajo el término “departamento de urgencias independiente y autónomo”.

Las protecciones de participación en los gastos y facturación de saldos de la Ley Sin Sorpresas continúan desde la sala de emergencias hasta los servicios posteriores a la estabilización en un hospital o departamento de emergencias independiente hasta que el médico de emergencias que atiende o el proveedor tratante determine que el participante, beneficiario o afiliado puede viajar utilizando transporte no médico o transporte médico no de emergencia a un proveedor o centro participante disponible ubicado dentro de una distancia de viaje razonable, teniendo en cuenta la condición médica del individuo. La notificación y el consentimiento, así como cualquier requisito adicional de la ley estatal, también deben cumplirse de acuerdo con 45 CFR 149.410(b)(1), 45 CFR 149.410(b)(2), 45 CFR 149.420(c) a (g), 45 CFR 149.410(b)(3) y 45 CFR 149.410(b)(5).

### **Sección 52, Revisión del historial médico**

Por “revisión del historial médico” se entiende la medición y revisión de las historias clínicas para comparar la documentación de la atención con criterios medibles. La calidad del servicio se mide revisando el proceso de cada clínica para garantizar la puntualidad y la seguridad de una atención adecuada al paciente. Esto incluye la atención de emergencia, urgente y no urgente. La revisión también tiene en cuenta la necesidad médica del tratamiento y el servicio.

### **Sección 53, Trastorno mental o nervioso**

El término “trastorno mental o nervioso” hace referencia a cualquier enfermedad o afección, independientemente de que la causa sea orgánica, que esté clasificada como trastorno mental o nervioso en la edición actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., que figure en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría u otras directrices estatales pertinentes o fuentes aplicables. El hecho de que un trastorno figure en cualquiera de estas fuentes no significa que el tratamiento de este esté cubierto por el plan.

### **Sección 54, Panel de México**

El término “Panel México” se refiere a un médico, hospital, clínica, odontólogo, laboratorio u otros proveedores de servicios en México que tienen un contrato con el UABT en el momento en que se prestan los servicios. Los proveedores del Panel México se comprometen a aceptar las tarifas negociadas como pago total por los servicios cubiertos.

Se le exigirá una identificación con fotografía cada vez que visite a un proveedor del Panel México. Si el proveedor no puede verificar su elegibilidad para los beneficios en el momento de su visita, es posible que se le solicite que realice el pago completo o que deposite una fianza antes de que se le presten los servicios. Esta cantidad le será reembolsada en cuanto se confirme su elegibilidad.

Puede solicitar al UABT una lista de los proveedores de paneles de México sin costo alguno para usted.

### **Sección 55, Servicios y suministros necesarios**

El término “servicios y suministros necesarios” se refiere únicamente a los servicios y suministros que son médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Para cumplir los requisitos, los servicios deben ser realizados por un médico o bajo su dirección, y los suministros deben ser dispensados, prescritos u ordenados por un médico.

Cualquier servicio o suministro debe (a) cumplir la norma vigente para la atención médica prestada a casos comparables en la zona geográfica, (b) ser un procedimiento o práctica médica que esté aprobado en Estados Unidos y (c) cumplir los requisitos de cualquier organismo o agencia gubernamental que tenga jurisdicción sobre el tipo de servicio o suministro que se preste.

“Médicamente Necesario”, “Necesidad Médica” y lenguaje similar se refiere a los servicios de atención médica ordenados por un Médico ejerciendo un juicio clínico prudente proporcionados a un Participante con fines de evaluación, Diagnóstico o tratamiento de la Enfermedad o Lesión de dicho Participante. Dichos servicios, para ser considerados Médicamente Necesarios, deben ser clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración para el diagnóstico o tratamiento de la Enfermedad o Lesión del Participante. El entorno y nivel de servicio Médicamente Necesario es aquel entorno y nivel de servicio que, considerando los síntomas y condiciones médicas del Participante, no puede ser proporcionado en un entorno médico menos intensivo. Dichos servicios, para ser considerados Médicamente Necesarios no deben ser más costosos que las intervenciones alternativas, incluyendo la no intervención y tienen al menos la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes en cuanto al diagnóstico o tratamiento de la Enfermedad o Lesión del Participante sin afectar adversamente la condición médica del Participante. El servicio debe cumplir todos los requisitos siguientes (a) su finalidad debe ser restablecer la salud; (b) no debe ser princi-

palmente de carácter asistencial; (c) debe ser ordenado por un médico para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión; y (d) el UABT se reserva el derecho de incorporar las directrices de los CMS vigentes en la fecha del tratamiento como criterios adicionales para la determinación de la Necesidad Médica y/o el Gasto Cubierto.

En el caso de las estancias hospitalarias, esto significa que la atención intensiva como paciente ingresado es necesaria debido al tipo de servicios que usted o su(s) dependiente(s) está(n) recibiendo, o a la gravedad de la afección y que no se puede recibir una atención segura y adecuada como paciente ambulatorio o en un entorno médico menos intensificado.

El mero hecho de que el servicio sea proporcionado, prescrito o aprobado por un Médico no significa necesariamente que sea “Médicamente Necesario”. Además, el hecho de que determinados servicios estén específicamente excluidos de la cobertura de este Plan por no ser “Médicamente Necesarios” no significa que todos los demás servicios sean “Médicamente Necesarios”.

El uso de medicamentos no indicados en la etiqueta se considera Médicamente Necesario cuando se cumplen todas las condiciones siguientes:

- (a) El fármaco está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés).
- (b) El uso del fármaco prescrito está respaldado por una de las siguientes fuentes de referencia estándar:
  - 1) Micromedex® DRUGDEX®.
  - 2) El Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano
  - 3) Compendios aprobados por Medicare (establecido por el Título XVIII de la Ley de Seguro Social de 1965, en su versión modificada)
  - 4) Las pruebas científicas se apoyan en ensayos clínicos diseñados y publicados en revistas médicas revisadas por expertos, que demuestran que el fármaco es seguro y eficaz para la afección específica.

El medicamento es, por lo demás, Médicamente Necesario para tratar la afección específica, incluidas las afecciones potencialmente mortales o las afecciones crónicas y gravemente debilitantes.

### **Sección 56, Proveedores y hospitales no contratantes**

Los términos “Proveedor No Contratante”, “Hospital No Contratante”, “Proveedor No Perteneciente a la Red”, “Hospital No Perteneciente a la Red”, “Proveedor No Perteneciente al Panel” y “Hospital No Perteneciente al Panel” se refieren a los proveedores de servicios de salud que no tienen un contrato vigente con el Fideicomiso o con su(s) red(es) contratada(s) en el momento en que se prestan los servicios. Los Gastos Cubiertos por servicios prestados por un Proveedor No Contratante están limitados según lo establecido en su(s) Programa(s) de Beneficios de Gastos o en los Resúmenes de Beneficios aplicables.

### **Sección 57, Enfermera**

El término “enfermera” a efectos del pago de beneficios se refiere únicamente a una Enfermera Diplomada Registrada (RN por sus siglas en inglés) que no sea familiar directo suyo o de su cónyuge. Una enfermera profesional titulada (LVN por sus siglas en inglés) o una enfermera práctica titulada (LPN por sus siglas en inglés) no cumplen los requisitos a menos que el médico haya ordenado una enfermera titulada y no hubiera ninguna disponible para el servicio.

### **Sección 58, Terapia ocupacional**

El término “terapia ocupacional”, a efectos del pago de los beneficios, designa la fisioterapia destinada a restablecer o reforzar el movimiento de la mano o el brazo que se haya visto afectado por una lesión o enfermedad.

### **Sección 59, Tratamiento de la obesidad**

La evaluación y el asesoramiento sobre la obesidad son un Gasto cubierto cuando un médico colegiado determine que usted padece obesidad mórbida y haya cumplido los criterios para el procedimiento según las directrices clínicas reconocidas a nivel nacional. Debe obtenerse la autorización previa del UABT para cualquier procedimiento, incluidos, entre otros, el baipás gástrico en Y de Roux, la banda gástrica (ajustable o no ajustable), la gastrectomía en manga, los procedimientos de malabsorción (derivación biliopancreática, switch duodenal) y la gastroplastia vertical con banda.

### **Sección 60, Otro plan**

El término “Otro plan” hace referencia a cualquier plan, póliza o cobertura que proporcione beneficios o servicios médicos, odontológicos o de la vista, o por razón de estos. Dicho(s) otro(s) plan(es) incluye(n) el seguro de automóvil, el seguro de compensación de los trabajadores, la restitución a las víctimas de delitos, etc. “Otro plan” también incluye Medicare, Medicaid o un programa estatal de seguro de salud infantil (CHIP por sus siglas en inglés). “Otro plan” no incluye las cuentas de gastos flexibles (FSA por sus siglas en inglés), las cuentas de reembolso médico (HRA por sus siglas en inglés), las cuentas de ahorro para la salud (HSA por sus siglas en inglés) ni las pólizas de seguro médico, odontológico u oftalmológicos individuales:

### **Sección 61, Máximo de gastos de bolsillo**

El término “Máximo de Gastos de Bolsillo” significa el monto más alto de Gasto Cubierto que usted será responsable de pagar en un año calendario determinado antes de que el Fideicomiso comience a pagar el 100% del Gasto Cubierto por el resto de ese año. Su Máximo de Gastos de Bolsillo incluye su deducible y el porcentaje de coseguro a pagar. Su Plan también puede incluir cualquier copago aplicable para servicios médicos específicos. Su Máximo de Gastos de Bolsillo puede diferir para los servicios de proveedores Contratados y No Contratados.

A menos que su Plan de Beneficios Médicas esté identificado como “Plan protegido”, su Máximo de Gastos de Bolsillo del Proveedor Contratante combinado para deducibles, porcentaje de coseguro a pagar y todos los copagos tanto del Plan Médico como del Plan de Prescripción no puede superar el Máximo de Gastos de Bolsillo de la ACA en un Año. (Tenga en cuenta que este máximo puede ajustarse por mandato federal y que su plan se ajustará automáticamente para cumplir con dicho mandato).

Cualquier gasto médico y/o de medicamentos recetados que no se ajuste a la definición de Gasto Cubierto del Plan no podrá aplicarse a su Máximo de Gastos de Bolsillo.

Tenga en cuenta que su Máximo de Gastos de Bolsillo puede reajustarse si cambia a o desde un plan calificado de HSA.

### **Sección 62, Porcentaje por pagar**

El término “porcentaje por pagar” (o coseguro) hace referencia a un plan de beneficios en el que usted abona una parte del pago efectuado por un siniestro. El porcentaje por pagar forma parte de sus gastos de bolsillo por un siniestro.

### **Sección 63, Revisión paritaria**

El término “revisión paritaria” hace referencia a un consultor o consultores médicos independientes con las credenciales adecuadas o a una junta de revisión elegida por el UABT para ayudar a determinar los “servicios y suministros necesarios”, la calidad de la atención y/o los “honorarios usuales y habituales”, tal y como se definen en la Parte V, Secciones 55 y 87. Las reclamaciones enviadas a revisión paritaria para su determinación podrían tardar hasta 21 días en ser revisadas. También es posible que se le solicite a usted o a su proveedor información adicional en relación con el proceso de revisión.

### **Sección 64, Por Causa**

El término “por causa” a efectos de beneficios se refiere a cualquier accidente o a todas las enfermedades que estén siendo tratadas al mismo tiempo. Cualquier beneficio limitado por este término se renovará si el paciente pasa seis (6) meses consecutivos sin recibir tratamiento por la enfermedad que se está limitando.

### **Sección 65, Por confinamiento**

El término “por confinamiento” en lo que le concierne a usted se refiere a cualquier accidente o a todas las enfermedades tratadas al mismo tiempo. Si es un empleado activo, cualquier beneficio limitado por este término se renovará cuando vuelva al trabajo durante un día completo o esté libre de tratamiento durante seis (6) meses consecutivos entre confinamientos. En el caso de los dependientes, las hospitalizaciones sucesivas por la misma causa se considerarán un solo confinamiento a menos que el paciente pase seis (6) meses consecutivos sin recibir tratamiento por la enfermedad que se limita.

### **Sección 66, Por discapacidad**

El término “por incapacidad” en lo que le concierne a usted, a efectos de beneficios, se refiere a cualquier accidente, o a todas las enfermedades que estén siendo tratadas al mismo tiempo. Si es un empleado activo, cualquier beneficio limitado por este término se renovará cuando vuelva a trabajar un día completo o esté libre de tratamiento durante seis (6) meses consecutivos. En el caso de los dependientes, los beneficios se renovarán si el paciente pasa seis (6) meses consecutivos sin recibir tratamiento por la enfermedad limitada.

### **Sección 67, Asistente médico**

El término “asistente médico” hace referencia a un profesional médico autorizado para ejercer la medicina bajo la supervisión de un médico. Dentro de la relación médico-asistente, los asistentes médicos pueden ejercer la autonomía en la toma de decisiones médicas y prestar una amplia gama de servicios diagnósticos y terapéuticos. Los asistentes médicos entrevistan a los pacientes, recopilan sus historiales médicos, realizan exploraciones físicas y, según sea necesario, solicitan o realizan las pruebas de laboratorio diagnósticas necesarias.

### **Sección 68, Cuidados preventivos**

Por “Cuidados preventivos” se entenderá determinados servicios de atención preventiva.

Para cumplir con la ACA, y de acuerdo con las recomendaciones y directrices, los planes del UABT proporcionan cobertura dentro de la red para: Los beneficios para “cuidados preventivos” incluyen artículos o servicios que tengan en

vigor una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del U.S. Preventative Service Task Force; vacunas para uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tengan en vigor una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; para bebés, niños y adolescentes, atención preventiva basada en pruebas y pruebas de detección previstas en las directrices respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios Médicos; y, para mujeres, atención preventiva basada en pruebas y pruebas de detección previstas en las directrices integrales respaldadas por la HRSA.

Puede encontrar copias de las recomendaciones y directrices en las siguientes páginas web:

<https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>;

(a) <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>;

(b) <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/>;

(c) <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html>; [https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity\\_schedule.pdf](https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf);

(d) <https://www.hrsa.gov/womensguidelines/>.

(e) <https://www.aap.org/periodicityschedule>

(f) <https://www.aap.org/en/practice-management/bright-futures/bright-futures-materials-and-tools/bright-futures-guidelines-and-pocket-guide/>

Para más información, póngase en contacto con el Administrador del Plan del UABT o con su empleador.

### **Sección 69, Proveedor**

El término “proveedor” se refiere a un profesional médico autorizado que actúa dentro del ámbito de su licencia, incluidos, entre otros, médico, enfermera, hospital, farmacia, técnico, terapeuta, clínica o casa de suministros médicos que prestó el servicio o suministró los suministros por los que se facturó al paciente.

“Alcance de la práctica” se define como las actividades que un profesional médico individual está autorizado a realizar dentro de una profesión específica. Dichas actividades deben basarse en una educación, formación y experiencia adecuadas.

### **Sección 70, Servicios psicológicos o psiquiátricos**

El término “servicios psicológicos o psiquiátricos” a efectos de beneficios incluye la psicoterapia, las pruebas psicométricas, la terapia farmacológica previa a la prescripción y otros cuidados médicos descritos específicamente como tratamiento o diagnóstico de un trastorno mental o nervioso reconocido. El término también incluye los estudios de la función cognitiva y otros estudios diagnósticos diseñados para medir los niveles de deterioro mental o cognitivo, independientemente de su causa o propósito.

### **Sección 71, Importe de pago admisible (QPA por sus siglas en inglés)**

El importe de pago admisible (QPA) establecido en la Ley Sin Sorpresas (NSA por sus siglas en inglés) es el importe en el que se basará el Plan para pagar los gastos admisibles del plan cubiertos por las disposiciones de facturación de saldos de la NSA. Se trata de la tarifa media contratada dentro de la red para un servicio o suministro médico prestado en una región geográfica determinada. Esta cantidad es la que el Plan utilizará como Máximo Permitido por el Plan y la base sobre la que se calcularán los beneficios.

### **Sección 72, Razonable o Razonabilidad**

El término “Razonable” y/o “Razonabilidad” a los efectos de los beneficios significa, a criterio del Administrador del Plan, los servicios o suministros, o los honorarios por servicios o suministros que sean necesarios para la atención y el tratamiento de una Enfermedad o Lesión no causada por el Proveedor tratante. El Administrador del Plan determinará si los honorarios o servicios son Razonables, teniendo en cuenta las circunstancias inusuales o complicaciones que requieran tiempo, habilidad y experiencia adicionales en relación con un servicio o suministro en particular; las normas y prácticas de la industria en relación con situaciones similares; y la causa de la Lesión o Enfermedad que requiera el/los servicio(s) y/o cargo(s).

Esta determinación tendrá en cuenta, pero no se limitará a, las conclusiones y evaluaciones de las siguientes entidades: (a) Las asociaciones, sociedades y organizaciones médicas nacionales; y (b) la Administración de Alimentos y Medicamentos. Para ser Razonables, los servicios y/u honorarios deben ajustarse a las prácticas de facturación generalmente aceptadas para procedimientos desagregados o múltiples. Los servicios, suministros, cuidados y/o tratamientos que resulten de errores en la atención médica que sean claramente identificables, evitables y graves en sus consecuencias para los pacientes, no son Razonables. El Administrador del Plan conserva la autoridad discrecional para determinar si los servicios y/o honorarios son Razonables basándose en la información presentada al Administrador del Plan. No es necesario que exista negligencia y/o mala praxis por parte del Proveedor para que los servicios y/o honorarios no se consideren Razonables.

Los cargos y/o servicios no se consideran Razonables, y como tales no son elegibles para el pago (exceden el Cargo Máximo Permitido), cuando son el resultado de un error(es) del Proveedor y/o de condiciones adquiridas en el centro que

se consideran “razonablemente prevenibles” mediante el uso de directrices basadas en la evidencia, teniendo en cuenta pero no limitadas a las directrices de los CMS.

El Plan se reserva para sí mismo y para las partes que actúen en su nombre el derecho a revisar los cargos procesados y/o pagados por el Plan, para identificar los cargos y/o servicios que no sean Razonables y por lo tanto no sean elegibles para ser pagados por el Plan.

### **Sección 73, Hospital de rehabilitación**

Por “hospitales de rehabilitación” se entienden los centros de hospitalización dedicados a la rehabilitación de pacientes con diversas afecciones neurológicas, musculoesqueléticas, ortopédicas y de otro tipo tras la estabilización de sus problemas médicos agudos.

### **Sección 74, Cobertura de tratamiento residencial**

El término “cobertura de tratamiento residencial” hace referencia al tratamiento en un centro residencial de tratamiento, a veces denominado centro de rehabilitación, que es un centro de atención médica en régimen de internado que proporciona terapia para trastornos por consumo de sustancias, enfermedades mentales u otros problemas de comportamiento.

### **Sección 75, Habitación semiprivada**

El término “habitación semiprivada” se refiere a una habitación de hospital con capacidad para dos (2) pacientes.

### **Sección 76, Centro de enfermería especializada**

El término “centro de enfermería especializada” hace referencia a un centro de rehabilitación y tratamiento médico para pacientes internos que cuenta con profesionales médicos formados. El centro proporciona los servicios médicamente necesarios de enfermeras tituladas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, logopedas y audiólogos. Los centros de enfermería especializada proporcionan a los pacientes asistencia las 24 horas del día para el cuidado de su salud y las actividades de la vida diaria (AVD).

### **Sección 77, Disposición especial (Circunstancias)**

El término “Disposiciones Especiales (Circunstancias)”, significa el tratamiento por un proveedor no contratante cuando no hay proveedores contratantes disponibles en un radio de 50 millas del domicilio actual del participante. Si existen Disposiciones Especiales, los servicios prestados por el proveedor no contratante estarán cubiertos al nivel de beneficios Dentro de la Red y se aplicarán el Deducible Dentro de la Red y el Máximo de Gastos de Bolsillo.

### **Sección 78, Subrogación**

El término “Subrogación” se refiere al derecho del Fideicomiso al reembolso total (como plan de beneficios ERISA) de los gastos de reclamos adelantados en nombre de un afiliado determinado lesionado por un tercero, que incluye el derecho a presentar un derecho de retención contra cualquier tercero que tenga la responsabilidad primaria del tratamiento médico, odontológico u oftalmológico del paciente o contra el producto de cualquier recuperación por parte del paciente y contra los beneficios futuros adeudados, antes de pagar los beneficios en virtud del Plan por dichos servicios.

Además de su derecho a subrogarse, el UABT exige que el paciente y el asesor legal (si se utiliza) se comprometan contractualmente a reembolsar íntegramente al Fideicomiso todas y cada una de las sentencias, acuerdos, compromisos o veredictos por beneficios adelantados antes de la liquidación por reclamaciones incurridas como resultado de la lesión o enfermedad de terceros. Esta promesa de reembolso crea un “gravamen equitativo por acuerdo”. El UABT tendrá el derecho específico y prioritario de reembolso con cargo al producto de cualquier sentencia, acuerdo, compromiso o veredicto resultante de la responsabilidad asumida o decretada de un tercero por dicho accidente o enfermedad.

### **Sección 79, Abuso de sustancias/trastorno por consumo de sustancias**

El término “Abuso de sustancias” siempre que se utilice en el material descriptivo del Plan se refiere a cualquier enfermedad o afección que se clasifique como Trastorno por consumo de sustancias, otra adicción o abuso voluntario de sustancias controladas, tal y como se enumera en la edición actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., tal y como figuran en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, se incluye en esta definición el abuso voluntario de sustancias inhaladas, ingeridas o inyectadas utilizadas por el paciente de forma no aconsejada por el fabricante y/o sancionada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (F.D.A. por sus siglas en inglés)

El hecho de que un trastorno figure en cualquiera de las publicaciones anteriores no significa que el tratamiento de este esté cubierto por el UABT.

Se hace una excepción para el tratamiento de la adicción a la nicotina cuando el paciente participa en un programa reconocido para dejar de fumar bajo la supervisión de un médico. La cobertura se limitará a los gastos de tratamiento y

medicación prescritos en relación con dos (2) programas para dejar de fumar durante 12 meses consecutivos cualesquiera.

### **Sección 80, Transparencia y Facturas Médicas Sorpresa también conocida como la “Ley Sin Sorpresas”**

En 2019, el presidente Trump publicó una orden ejecutiva sobre la Mejora de la Transparencia de Precios y Calidad en la Asistencia médica Estadounidense para Poner a los Pacientes en Primer Lugar, que ordenaba a los Secretarios de Salud y Servicios Humanos, del Tesoro y de Trabajo que desarrollaran normativas que promovieran la transparencia de precios en el mercado de la Asistencia médica. Esto condujo a la norma final de Transparencia en la Cobertura publicada en octubre de 2020 y a la promulgación de la Ley de Asignaciones Consolidadas, 2021 (CAA por sus siglas en inglés) el 27 de diciembre de 2020.

La CAA incluye la “Ley Sin Sorpresas”, que incluye protecciones para los consumidores frente a la facturación por sorpresa de servicios médicos fuera de la red. Además, incluye varias medidas de transparencia de los costos médicos que complementan las normas de transparencia publicadas en octubre de 2020. El 1 de julio de 2021, la Oficina de Gestión de Personal, el Departamento del Tesoro, el Departamento de Trabajo y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (“los Departamentos”) aprobaron conjuntamente las normas finales provisionales de aplicación de las disposiciones de la Ley Sin Sorpresas relacionadas con los servicios de urgencia y las facturas médicas sorpresa. En agosto de 2021, octubre de 2021 y agosto de 2022 se publicaron orientaciones y normas adicionales para los servicios de ambulancia aérea y los procesos de resolución independiente de litigios (IDR por sus siglas en inglés). Además, varias normas han sido impugnadas en los tribunales y pueden invalidar cierta norma o los Departamentos pueden publicar nuevas normas en el futuro y como reacción a las decisiones judiciales.

Es intención de UnitedAg cumplir plenamente y en la medida de sus posibilidades con una interpretación de buena fe de las normas y orientaciones publicadas con respecto a estas leyes. Este Resumen de la Descripción del Plan y el Documento del Plan pretenden cumplir con las normas y reglamentos disponibles en el momento en que se redactó este documento. En el futuro se publicarán enmiendas adicionales para garantizar el cumplimiento a medida que se publiquen normas y reglamentos adicionales que puedan hacer que la información de este documento sea incorrecta o entre en conflicto con las nuevas leyes, normas o reglamentos. En caso de que nuevas leyes, normas o reglamentos entren en conflicto con este documento, UnitedAg las cumplirá a medida que se implementen y actualizará este documento tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar un año después de que se implementen las nuevas leyes, normas o reglamentos.

### **Sección 81, Telemedicina**

El término “telemedicina” es el uso de las tecnologías de la telecomunicación y la información para proporcionar asistencia médica clínica a distancia. Ayuda a eliminar las barreras de la distancia y puede mejorar el acceso a servicios médicos que a menudo no estarían disponibles en horas no laborables. El teléfono u otras tecnologías permiten la comunicación entre el paciente y el personal médico con comodidad y fidelidad, así como la transmisión de datos médicos, de imagen e informáticos médicos de un lugar a otro. Los servicios de telemedicina incluyen servicios de atención primaria y de urgencias. También se ofrecen servicios de salud conductual, tratamiento dermatológico y para dejar de fumar.

Los servicios de atención primaria y de derivación a especialistas pueden implicar que un profesional de atención primaria o de la salud aliada realice una consulta con un paciente o que un especialista ayude al médico de atención primaria a emitir un diagnóstico. Esto puede implicar el uso de vídeo interactivo en directo o el uso de la transmisión almacenada y reenviada de imágenes de diagnóstico, signos vitales y/o videoclips junto con los datos del paciente para su posterior revisión.

Los servicios de telemedicina prestados a través de un proveedor aprobado por el UABT serán pagados en su totalidad por el UABT si están permitidos por el plan de beneficios.

### **Sección 82, El Plan**

El término “El Plan” se refiere al plan United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan and Trust, United Agricultural Benefit Trust, UABT o el “Fideicomiso” para el cual usted y sus dependientes son elegibles, tal como se describe en este resumen. Sus beneficios en virtud del plan se describen en su totalidad en los Programas de Beneficios del Plan o Resúmenes de Beneficios aplicables y en este Resumen de la Descripción del Plan.

### **Sección 83, Incapacidad total o totalmente incapacitado**

El término “incapacidad total” o “totalmente incapacitado” en lo que se refiere a usted como trabajador activo, significa un periodo de tiempo en el que su médico certifica que no puede realizar las tareas de su trabajo habitual, debido a una enfermedad o lesión, y no realiza ningún otro trabajo remunerado o lucrativo.

En lo que respecta a sus dependientes que reúnan los requisitos, o a usted si es un jubilado cubierto, el término se refiere a un periodo de tiempo en el que un médico certifica que el paciente es incapaz de realizar las actividades normales de una persona de su misma edad y sexo, debido a una enfermedad o lesión.

El término también se referirá a cualquier periodo de tiempo en el que usted o su dependiente sean declarados totalmente discapacitados por cualquier organismo gubernamental a efectos de beneficios.

#### **Sección 84, Procedimientos de trasplante**

Por “procedimiento de trasplante” se entiende cualquiera de los siguientes trasplantes de órganos o tejidos entre humanos: a) médula ósea; b) corazón; c) corazón/pulmón; d) hígado; e) pulmón; f) riñón-páncreas; g) riñón; h) ciertas partes de órganos, incluyendo únicamente córnea, piel, hueso y tendones. También están cubiertos los trasplantes de ciertas partes de órganos artificiales, incluyendo únicamente: sustitución de articulaciones por razones funcionales, piel, válvulas cardíacas, injertos y parches (vasculares), marcapasos, placas metálicas y lentes oculares. No se cubre ningún otro tipo de trasplante.

Los trasplantes de órganos deben realizarse en una Instalación de la Red de Trasplantes o en un Centro de Excelencia que ofrezca programas especializados dentro de instituciones médicas que proporcionen concentraciones excepcionalmente elevadas de conocimientos especializados y recursos relacionados centrados en los trasplantes de órganos y prestados de forma integral e interdisciplinar.

Los gastos cubiertos por el donante sólo están cubiertos para los donantes que sean participantes del UABT. Cuando tanto la persona que dona el órgano como la que lo recibe sean participantes del UABT, cada una recibirá los beneficios del Plan. (Los gastos del donante que no sean participantes del UABT podrán considerarse una excepción cuando se presenten durante la autorización previa del procedimiento).

#### **Sección 85, Terapias de tratamiento**

Por “terapias de tratamiento” se entiende la quimioterapia, la hemodiálisis, la diálisis peritoneal, la radioterapia, las terapias de infusión intravenosa -incluida la NPT-, la oxigenoterapia hipobárica y la terapia respiratoria/de inhalación.

#### **Sección 86, Atención urgente**

El término “atención urgente” hace referencia a la atención médica prestada por enfermedades o lesiones que requieren una atención rápida pero que normalmente no son de tal gravedad como para requerir los servicios de una sala de emergencias.

#### **Sección 87, Honorarios habituales**

El término “honorarios habituales” (U&C por sus siglas en inglés) se refiere únicamente a los cargos por servicios y suministros necesarios que se facturan de acuerdo con las directrices nacionales de codificación correcta y que no: (a) superan la cantidad que el proveedor cobra normalmente por servicios similares; o (b) superan la cantidad que cobra la mayoría de los proveedores por servicios comparables en la zona geográfica donde se prestaron los servicios o se proveyeron los suministros. El término, tal y como se define, es intercambiable con el de honorarios “habituales, acostumbrados y razonables” (UCR) o “cargo máximo permitido”.

Si y sólo si no existe una tarifa negociada para un reclamo determinada, el Administrador del Plan ejercerá su discreción para determinar el honorario habitual y acostumbrado basándose en cualquiera de los siguientes elementos: Las tarifas de reembolso de Medicare, los datos de costos de Medicare, los importes cobrados por los proveedores de la zona por servicios similares o el precio medio al por mayor (AWP por sus siglas en inglés) o el precio al por menor del fabricante (MRP por sus siglas en inglés). Estos factores auxiliares tendrán en cuenta las normas y prácticas de facturación generalmente aceptadas.

Cuando haya más de una opción de tratamiento disponible y una opción no sea más eficaz que otra, se considerará dentro del Cargo Máximo Permitido la opción menos costosa que no sea menos eficaz que cualquier otra opción. El Cargo Máximo Permitido se limitará a una cantidad que, a discreción del Administrador del Plan, se cobre por servicios o suministros que no hayan sido causados injustificadamente por el Proveedor tratante, incluidos los errores en la atención médica que sean claramente identificables, evitables y graves en sus consecuencias para los pacientes. No se requiere una constatación de negligencia o mala praxis por parte del Proveedor para que los servicios u honorarios se consideren no subvencionables en virtud de esta disposición.

## **Parte VI, Disposiciones generales y limitaciones**

En esta parte del Resumen de la Descripción del Plan se explican las disposiciones generales que se aplican a los gastos cubiertos en todas las partes de su Programa de Plan de Beneficios o Resumen de Beneficios, incluidas las limitaciones generales. Las disposiciones que se aplican sólo a los Beneficios Médicos o sólo a los Beneficios Odontológicos, por ejemplo, se encontrarán en las secciones correspondientes que describen el tipo específico de cobertura.

### **Sección 1, Límites de los gastos cubiertos**

Los gastos cubiertos incluyen únicamente los cargos por un tipo de servicio que figure en el(los) Programa(s) de beneficios del plan o en el(los) Resumen(s) de beneficios aplicable(s) para el(los) cual(es) usted reúne los requisitos. El gasto cubierto no incluye:

- (a) el importe por el que un determinado cargo supera el Cargo Máximo Permitido para Gastos Cubiertos;
- (b) cobertura de una habitación privada de hospital por encima del costo de una habitación semiprivada;
- (c) tratamiento que no sea una práctica generalmente reconocida, aceptada y aprobada en Estados Unidos;
- (d) procedimientos experimentales y/o ensayos clínicos (no obstante, los gastos rutinarios de los pacientes asociados a ensayos clínicos aprobados para personas calificadas se consideran Gastos Cubiertos);
- (e) artículos bajo la jurisdicción de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos que no han sido aprobados por la FDA, o que se utilizan para protocolos de tratamiento no reconocidos, inaceptables o no aprobados;
- (f) servicios o suministros no ordenados por un médico;
- (g) los gastos que no se le habrían facturado si esta cobertura de beneficios no estuviera en vigor; un gasto incurrido más de dos (2) años después de la proctectomía quirúrgica; y un gasto incurrido cuando el paciente no sea elegible según los términos del Plan.

### **Sección 2, Exclusiones generales**

No se abonará ningún beneficio por muerte o desmembramiento accidental, médico, de medicamentos recetados, odontológico o de atención oftalmológica proporcionado por el Plan por ningún gasto incurrido en relación con una enfermedad o lesión que:

- (a) esté cubierta por la ley o el estatuto de compensación de los trabajadores siempre que la afección sea una por la que se cubran o puedan recuperarse beneficios, ya sea por adjudicación, acuerdo o de otro modo, en virtud de cualquier ley de compensación de los trabajadores, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedad profesional, incluso si no reclama dichos beneficios
- (b) es recuperable en virtud de la Ley Jones (46 U.S.C. 688);
- (c) es causada por cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no declarada;
- (d) se sufre durante la participación en delitos graves, delitos menores y/o actividades ilícitas (incluso si el participante nunca es acusado o condenado por el delito. Esta exclusión no se aplica si la lesión (a) es el resultado de haber sido víctima de un acto de violencia doméstica, o (b) es el resultado de una afección médica documentada (incluidas las afecciones tanto físicas como mentales). El UABT no denegará los beneficios para el tratamiento de la lesión de una víctima causada por Violencia Doméstica y el participante lesionado que no sea el individuo que participa es una actividad ilegal.;
- (e) si la enfermedad o lesión ha sido causada por un tercero (incluyendo, pero no limitado a, mala conducta o actuación de un proveedor médico; y/o
- (f) si el pago está prohibido por la ley.

Además, no se abonarán beneficios por los gastos ocasionados por:

- (a) Una cita perdida;
- (b) Gastos de viaje, salvo que se mencionen específicamente en otra parte como cubiertos;
- (c) Complicaciones/gastos relacionados con el tratamiento de complicaciones de un servicio o suministro no cubierto, implantes mamarios/cirugía estética u otro servicio o suministro no cubierto;
- (d) Medicamentos con receta no expedidos a través de la red de beneficios farmacéuticas del UABT;
- (e) Cualquier medicamento no aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y el Consejo Asesor de la FDA.
- (f) Cargos por servicio de la cuenta o comisiones por intereses;
- (g) Tratamiento y servicios relacionados con un Participante que haya tomado parte en una actividad ilegal debido al consumo de alcohol, cannabis, prescrito u opiáceos, o cualquier otra sustancia que cree un estado de intoxicación. Se cubrirán los gastos de los Participantes lesionados que no hayan tomado parte en una actividad declarada ilegal debido al consumo de alcohol, a un estado de intoxicación por alcohol o bajo los efectos del cannabis o de opiáceos, y podrán cubrirse los gastos de tratamiento por abuso de sustancias se-

gún se especifica en este Plan. Esta Exclusión no se aplica si la Lesión (a) es el resultado de haber sido víctima de un acto de violencia doméstica, o (b) es el resultado de una afección médica documentada (incluidas las afecciones tanto físicas como mentales).

(h) Cuidados de custodia que no restablecen la salud, a menos que se mencione lo contrario.

(i) Cantidades deducibles aplicadas a la satisfacción de los Deducibles y gastos que se definen como responsabilidad del Participante de acuerdo con los términos del Plan.

(j) Familiar directo. Que sean prestados por un miembro de la Unidad Familiar inmediata o persona del mismo hogar, tanto si el parentesco es consanguíneo como si existe de derecho.

(k) Hormonas del crecimiento (a menos que se determine que son médicamente necesarias).

(l) Dispositivos auditivos implantables para la pérdida de audición natural con la edad o la pérdida de audición debido a una lesión relacionada con el trabajo;

(m) Incurridos por Otras Personas. Que son gastos Incurridos por otras personas.

(n) Tratamiento, servicios y/o suministros que no sean Médicamente Necesarios.

(o) Lesiones resultantes de negligencia, mala conducta, falta de conducta o mala praxis por parte de cualquier cuidador, Institución o Proveedor, según determine el Administrador del Plan, a su discreción, a la luz de las leyes aplicables y las pruebas de que disponga el Administrador del Plan.

(p) Sin Obligación Legal. Que corresponden a servicios prestados a un Participante por los cuales el Proveedor de un servicio no hace y/o no haría habitualmente un cargo directo, o cargos Incurridos por los cuales el Participante o el Plan no tienen obligación legal de pagar, o por los cuales no se harían cargos en ausencia de esta cobertura, incluyendo pero sin limitarse a cargos por servicios no prestados realmente, honorarios, atención, suministros o servicios por los cuales una persona, empresa o cualquier otra entidad, excepto el Participante o el Plan, puede ser responsable por hacer necesarios los honorarios, atención, suministros o servicios.

(q) Servicios y tratamientos que no son aceptados como práctica estándar por la Asociación Médica Americana (AMA por sus siglas en inglés), la Asociación Hospitalaria Americana, la Asociación Dental Americana (ADA por sus siglas en inglés) o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Artículos de conveniencia personal;

(r) Reversión de procedimientos de esterilización

(s) Cumplimentación de los formularios de reclamo;

(t) Que no sea el Médico tratante. Que sean distintas de las certificadas por un Médico que atienda al Participante como necesarias para el tratamiento de la Lesión o Enfermedad y realizadas por un Proveedor adecuado.

(u) Prohibidos por Ley. Que sean en la medida en que el pago en virtud de este Plan esté prohibido por la ley.

(v) Error del Proveedor. Los servicios y el tratamiento son necesarios como consecuencia de un error irrazonable del Proveedor.

(w) Servicios no prestados realmente.

(x) No razonables. Servicios que no son razonables en su naturaleza o en su cargo (véase la definición de Cargo Máximo Permitido) o que son necesarios para tratar Enfermedades o Lesiones derivadas y debidas a un error del Proveedor, en las que no se espera razonablemente que se produzca dicha Enfermedad, Lesión, infección o complicación. Esta Exclusión se aplicará a los gastos que resulten directa o indirectamente de circunstancias que, en opinión del Administrador del Plan a su entera discreción, dieron lugar al gasto y no son generalmente previsibles o esperados entre profesionales que practican el mismo tipo o tipos similares de medicina que el Proveedor tratante cuyo error causó la(s) pérdida(s);

(y) Medicamentos para adelgazar, ya sean recetados por un médico o adquiridos sin receta médica

(z) Programas/terapia de tratamiento en espacios naturales modalidad de tratamiento basado en la aventura para la modificación de la conducta y la superación interpersonal, que combina la educación experiencial y la terapia individual y de grupo en un entorno natural.

### **Sección 3, Exclusión de responsabilidad frente a terceros**

No se abonará ningún beneficio médico, de medicamentos recetados, odontológico o de atención oftalmológica proporcionado por el Plan por gastos incurridos en relación con una enfermedad o lesión que se determine que es responsabilidad de un tercero. Consulte la Parte VIII.

### **Sección 4, Servicios no relacionados con paneles incurridos fuera de EE. UU.**

Todo beneficio de atención médica, odontológica u oftalmológica y los medicamentos recetados proporcionados por un proveedor que no pertenezca al panel pueden ser limitados, reducidos o denegados si los servicios se realizan fuera de los Estados Unidos continentales, Alaska y Hawái y no están relacionados con una emergencia que ponga en riesgo

la vida. El Fideicomiso se reserva el derecho de determinar los beneficios pagaderos, si los hubiere, por todos esos servicios. La asignación de beneficios a proveedores ubicados fuera de Estados Unidos no se respetará a menos que sea aprobada por el UABT con antelación a la fecha de los servicios. (Esta disposición no se aplica al Panel de Proveedores del UABT de México).

### **Sección 5, Derecho de recuperación**

En caso de que se produzca un sobrepago debido a información errónea, incompleta o inexacta, o a un error en el procesamiento del reclamo, el UABT se reserva el derecho a recuperar dicho sobrepago de cualquier persona u organización que, a juicio del Fideicomiso, se haya beneficiado de dicho sobrepago. Dicho sobrepago también podrá recuperarse realizando el(los) ajuste(s) o reducción(es) a cualquier reclamo(s) futuro(s) del paciente.

### **Sección 6, Facilidad de pago**

Los beneficios del Plan son debidos y pagaderos únicamente al empleado cubierto. Sin embargo, en caso de que el empleado fallezca, quede incapacitado o no pueda ser localizado en el momento en que se procese un reclamo, el Fideicomiso se reserva el derecho de efectuar el pago a cualquier individuo u organización que el Fideicomiso determine que tiene derecho equitativo a ello. El pago efectuado de buena fe eximirá al Fideicomiso de su responsabilidad, y el Fideicomiso no podrá ser considerado dos veces responsable de los mismos gastos si se produce un error.

### **Sección 7, Derecho a la determinación**

El hecho de que un procedimiento o nivel de atención sea prescrito por un médico no obliga al Fideicomiso a determinar su responsabilidad en virtud del Plan. El Fideicomiso se reserva el derecho y la discreción de determinar los “Servicios y Suministros Necesarios” y los “Honorarios Habituales”, según se definen en la Parte V en base a la información presentada con el reclamo. Para ayudar en dicha determinación, el Fideicomiso podrá basarse en criterios de honorarios regionales reconocidos a nivel nacional, programas de detección antifraude y/o una Revisión Paritaria independiente y debidamente acreditada.

El Fideicomiso se reserva el derecho a denegar cargos por:

- (a) procedimientos que se consideran experimentales, de valor no probado o de utilidad cuestionable;
- (b) procedimientos que tienden a ser redundantes cuando se realizan en combinación con otros procedimientos;
- (c) procedimientos de diagnóstico que probablemente no proporcionen al médico información adicional cuando se utilizan repetidamente;
- (d) procedimientos que pueden realizarse con igual eficacia en un nivel de tratamiento inferior; o,
- (e) servicios médicos, pruebas o suministros por parte de cualquier proveedor que solicite pacientes en actos públicos y/o anunciando que aceptará cualquier pago realizado por el plan de salud del paciente, excepto que esta exclusión no se aplicará a un centro que sea proveedor contratado o miembro de la organización de proveedores preferidos del Fideicomiso.

Cualquier acuerdo en cuanto a honorarios o cargos realizado entre el individuo y el médico no obligará al Fideicomiso en la determinación de su responsabilidad con respecto al gasto incurrido.

### **Sección 8, Proveedor no elegible**

El UABT se reserva el derecho de determinar que un proveedor es un proveedor no elegible y que no se pagarán beneficios del Plan por los servicios o suministros proporcionados por dicho proveedor sobre la base de que dicho proveedor ha realizado servicios innecesarios, ha facturado de manera inapropiada o ha participado en cualquier práctica de facturación cuestionable, poco ética o fraudulenta, según lo determine la Junta de Fideicomisarios a su entera y absoluta discreción.

### **Sección 9, Exámenes y autopsias**

El UABT se reserva el derecho de examinar a cualquier persona por la que se presente un reclamo cuando y cuantas veces lo requiera durante cualquier periodo por el que esté pendiente un reclamo. En caso de fallecimiento, el Fideicomiso podrá exigir una autopsia cuando la ley lo permita.

## **Parte VII, Coordinación de beneficios (C.O.B.)**

El Plan no tiene la intención de reembolsarle más de lo que realmente pague de su bolsillo. Los beneficios pagaderos en virtud del Plan se coordinarán con cualquier otra cobertura de Beneficios médicos de grupo que usted, o sus dependientes, puedan tener. Coordinación significa que no se reembolsará más del cien por cien (100%) del Cargo Máximo Permitido del Plan en virtud de los beneficios combinados de todos los planes a los que tenga derecho el paciente.

### **Sección 1, Cobertura/seguro de beneficios en exceso**

Si en el momento de la lesión, enfermedad, dolencia o incapacidad existe o puede existir cualquier otra fuente de cobertura (incluyendo, pero sin limitarse a, la cobertura resultante de una sentencia judicial o de acuerdos extrajudiciales), los beneficios del UABT se aplicarán únicamente como exceso sobre dichas otras fuentes de cobertura. Los beneficios del Plan serán superiores, siempre que sea posible, a cualquiera de las siguientes:

- (a) Cualquier pagador primario aparte del UABT.
- (b) Cualquier seguro a primer riesgo mediante cobertura de pagos médicos, protección contra daños personales, cobertura sin culpa, cobertura de motorista sin seguro o con seguro insuficiente.
- (c) Cualquier póliza de seguro de cualquier compañía aseguradora o garante de un tercero.
- (d) Compensación de los trabajadores u otra compañía de seguros de responsabilidad civil.
- (e) Cualquier otra fuente, incluidos, entre otros, los fondos de restitución a las víctimas de delitos, cualquier pago de beneficios médicos, por incapacidad o de otro tipo, y la cobertura del seguro escolar.

### **Sección 2, Limitación de vehículos**

Cuando los pagos médicos estén disponibles bajo cualquier seguro del vehículo, el UABT pagará únicamente los beneficios excedentes, sin reembolso de los deducibles del plan y/o póliza del vehículo. El UABT se considerará siempre secundario a dichos planes y/o pólizas. Esto se aplica a todas las formas de pagos médicos bajo planes y/o pólizas de vehículos independientemente de su nombre, título o clasificación.

### **Sección 3, Orden de determinación de beneficios**

La coordinación de beneficios (o COB, como suele denominarse) funciona de forma que uno de los Planes (denominado plan primario) pagará primero sus beneficios. El plan secundario y los subsiguientes pagarán el saldo adeudado hasta el 100% del total del Gasto Máximo Permitido del Plan. En ningún caso los beneficios combinados de los planes primario y secundario superarán el 100% del Gasto Máximo Permitido cuando exista un conflicto en las normas, el Plan nunca pagará más del cincuenta por ciento (50%) de los Gastos Permitidos cuando pague el secundario.

Cuando un paciente está cubierto por dos o más planes de Beneficios médicos, las normas del UABT para determinar el orden de pago de los beneficios son las siguientes:

- (a) El plan que cubre al paciente como "empleado activo" o "individuo" será el pagador principal de esa persona para todos los beneficios, incluidos, entre otros, los beneficios médicos, odontológicos, oftalmológicos y de medicamentos con receta.
- (b) Si el paciente es elegible como jubilado en un plan y como empleado activo en el otro, el plan que cubre al individuo como empleado activo será el principal.
- (c) Si el paciente está cubierto como empleado activo por dos o más planes, el plan que tenga la fecha de entrada en vigencia más antigua será el primario.
- (d) Si el paciente es un Hijo dependiente, los beneficios del plan del progenitor cuyo cumpleaños caiga antes en el año serán primarios sobre las del plan del progenitor cuyo cumpleaños caiga más tarde en el año. Si los progenitores naturales están divorciados, el pagador primario será el plan del progenitor con la custodia a menos que la cobertura del hijo dependiente esté sujeta a una orden judicial calificada; el pagador secundario será el plan que cubra a cualquier padrastro o madrastra con el que viva el hijo y el plan que cubra al progenitor natural sin custodia será el último.
- (e) Si el paciente es un hijo dependiente, a efectos de los beneficios odontológicos y/o oftalmológicos pediátricos obligatorios incluidos en el plan médico, si el plan de los padres proporciona una cobertura odontológica y/o oftalmológica independiente del plan médico, el plan odontológico independiente y el plan oftalmológico independiente serán pagadores secundarios de los beneficios.

Cuando se determina que el UABT es el pagador secundario, basándose en las normas indicadas anteriormente, los gastos cubiertos no incluyen los cargos que no se habrían facturado al paciente en ausencia de este plan de beneficios.

Cuando un pagador primario deniegue un reclamo por necesidad médica, el UABT podrá realizar su propia determinación de la necesidad médica y el pago de los beneficios. Si el pagador primario deniega un reclamo y el UABT lo paga, el UABT será el pagador primario y aplicará los beneficios del plan en consecuencia.

La intención de esta disposición es únicamente mantener un sistema ordenado de determinación de la responsabilidad de cada aseguradora. Su reclamo deberá enviarse en primer lugar al pagador principal, según determine el orden anterior. Cuando se haya recibido la notificación de pago por parte del pagador principal, deberá enviarse entonces una

copia de todas las facturas y de la explicación de beneficios proporcionada por el primer pagador a la aseguradora secundaria para coordinar el pago.

#### **Sección 4, Derecho a recibir y divulgar la información necesaria**

El UABT y/o el Administrador del Plan podrán, sin previo aviso ni consentimiento de ninguna persona, divulgar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización o individuo cualquier información relativa a la cobertura, gastos y beneficios que el Administrador del Plan, a su entera discreción, considere necesaria para determinar, implementar y aplicar los términos de esta disposición o cualquier disposición de propósito similar de cualquier Otro Plan. Todo Participante que solicite beneficios en virtud de este Plan deberá facilitar al Administrador del Plan la información que se le solicite y que pueda ser necesaria para aplicar esta disposición.

#### **Sección 5, Facilidad de pago**

A efectos de coordinación, el UABT se reserva el derecho de: (a) entregar u obtener de cualquier otra organización o individuo cualquier información sobre reclamos que el Fideicomiso o la otra compañía de beneficios pueda requerir; (b) recuperar cualquier sobrepago realizado bajo el Plan debido a que usted no informó sobre otra cobertura al presentar un reclamo y a que el Fideicomiso no consideró esa cobertura al realizar un pago; y, (c) reembolsar a cualquier otra organización un monto que el UABT determine que está justificado, si los pagos que deberían haberse realizado bajo el Plan fueron realizados por la otra organización.

#### **Sección 6, Derecho de recuperación**

De acuerdo con la disposición de Recuperación de Pagos, siempre que el UABT haya realizado pagos con respecto a los Gastos Cubiertos por una cantidad total, en cualquier momento, superior a la cantidad máxima de pago necesaria en ese momento para satisfacer la intención de esta sección de Coordinación de Beneficios, el UABT tendrá derecho a recuperar dichos pagos, en la medida de dicho exceso, de una o más de las siguientes personas según determine este Plan: cualquier persona a quien o con respecto a quien se hayan efectuado dichos pagos, o el representante legal de dicha persona, cualquier compañía de seguros, o cualquier otro individuo u organización que el Plan determine que es responsable del pago de dichos Gastos Permitidos, y cualquier beneficio futuro pagadero al Participante o a sus Dependientes.

#### **Sección 7, Coordinación de Medicare**

Si es usted un empleado activo, de sesenta y cinco (65) años o más, de una empresa participante, el UABT será el pagador principal de los beneficios para usted y las personas a su cargo.

Si usted o un dependiente elegible han cumplido los requisitos para Medicare debido a una enfermedad renal en fase terminal (ESRD por sus siglas en inglés), el Fideicomiso será el pagador primario durante los primeros 30 meses de cobertura de Medicare. El UABT se convertirá en el pagador secundario después del periodo de 30 meses.

Si usted o un dependiente que reúna los requisitos ha cumplido los requisitos para acogerse a Medicare debido a una discapacidad (que no sea una enfermedad renal terminal), el Fideicomiso será el pagador principal.

Medicare puede ser el principal durante el primer mes de tratamiento de diálisis si (i) el beneficiario participa en un programa de formación en diálisis domiciliaria en un centro de formación aprobado por Medicare para aprender a realizar el tratamiento de autodiálisis en casa; (ii) el beneficiario comienza la formación en diálisis domiciliaria antes del tercer mes de diálisis; y (iii) el beneficiario espera terminar la formación en diálisis domiciliaria y realizar los tratamientos de autodiálisis.

La cobertura de Medicare puede designar el mes en que el beneficiario ingresa en un hospital aprobado por Medicare para someterse a un trasplante de riñón o para recibir los servicios médicos necesarios antes del trasplante si éste tiene lugar el mismo mes o dentro de los dos meses siguientes.

La cobertura de Medicare puede establecerse dos meses antes del mes del trasplante si éste se retrasa más de dos meses después de que el beneficiario sea ingresado en el hospital para el trasplante o para los servicios médicos que se necesiten antes del trasplante.

Si usted es un beneficiario calificado que recibe beneficios a través de COBRA y ha calificado para Medicare, Medicare será el pagador principal de los beneficios.

#### **Sección 8, Coordinación dentro del Plan**

Si algún cargo por atención médica, odontológica u oftalmológica o por medicamentos recetados está cubierto por dos o más planes de beneficios del Fideicomiso, los beneficios se coordinarán para que el pago total no supere el 100% de los Cargos Máximos Permitidos del Plan por los servicios y suministros cubiertos.

#### **Sección 9, Contención de costos y gestión de casos**

El Plan puede, a su entera discreción y actuando de manera que excluya la selección individual, permitir beneficios alternativos que, de otro modo, no serían pagaderos bajo el Plan. Los beneficios alternativos, denominados "Gestión de Casos", se determinarán caso por caso, y la decisión del Plan de permitir dichos beneficios en un caso no obligará al Plan a

proporcionar los mismos o similares beneficios alternativos para el mismo u otro Individuo Cubierto, ni se considerará como una renuncia al derecho del Plan a aplicar estrictamente las disposiciones del Plan. La Gestión de Casos es un programa de control de costos administrado para proporcionar una referencia oportuna y coordinada a instalaciones de atención alternativa para un Individuo Cubierto que sufra una Enfermedad o Lesión catastrófica mientras esté cubierto por este Plan.

Los siguientes son ejemplos de diagnósticos que podrían constituir una enfermedad o lesión catastrófica:

- (a) Embarazo de alto riesgo
- (b) Neonato de alto riesgo
- (c) Accidente vascular cerebral (AVC o ictus)
- (d) Esclerosis múltiple
- (e) Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- (f) Cánceres/Tumores Malignos
- (g) Enfermedad cardio/pulmonar grave
- (h) Leucemia
- (i) Traumatismo craneoencefálico grave y lesión cerebral secundaria a enfermedad
- (j) Lesión medular
- (k) Amputación
- (l) Fracturas múltiples
- (m) Quemaduras graves
- (n) SIDA
- (o) Trasplante
- (p) Cualquier reclamo que se prevea que supere los 25.000 dólares

Cuando el Administrador de Casos sea notificado de uno de los diagnósticos mencionados (o de cualquier otro diagnóstico para el cual la Gestión de Casos sea adecuada, a entera discreción del Plan), el Administrador de Casos se pondrá en contacto con el Individuo Cubierto para conversar sobre el tratamiento médico actual y facilitar la atención médica futura. El Administrador de Casos también consultará con el Médico tratante para desarrollar un plan de tratamiento escrito que describa todos los servicios médicos y suministros que se utilizarán, así como el entorno de tratamiento más adecuado. El plan de tratamiento podrá ser modificado periódicamente según cambie la condición del Individuo Cubierto, con el acuerdo mutuo del Administrador de Casos, el paciente y el Médico tratante.

Todos los servicios y suministros autorizados por el plan de tratamiento se considerarán Servicios Cubiertos, independientemente de que estén cubiertos de otro modo por el Plan. El nivel de beneficios para los entornos de tratamiento alternativos puede ser el mismo que el Nivel de beneficio hospitalario, en ausencia del programa de gestión de casos. Para todos los demás servicios y suministros, el nivel de beneficio será el mismo que el beneficio para el tratamiento médico ambulatorio, en ausencia del programa. En caso de que haya varios entornos disponibles para el tratamiento, el Plan podrá renunciar a una parte del deducible o el coseguro del participante si éste elige el entorno menos costoso disponible para el tratamiento y sigue el plan de tratamiento recomendado.

Cualquier desviación del plan de tratamiento sin la aprobación previa del Administrador de Casos anulará el plan de tratamiento, y todos los cargos estarán sujetos a las disposiciones ordinarias de este Plan.

## **Parte VIII, Recuperación de terceros, subrogación y reembolso**

### **Sección 1, Condición de pago**

Si usted o uno de sus dependientes elegibles incurren en gastos médicos, de medicamentos recetados, odontológicos y/o de la vista como resultado del acto de un tercero (persona o entidad) que de otro modo habría estado cubierto por sus beneficios del Plan UABT y la determinación final de la responsabilidad de terceros está pendiente de litigio, arbitraje u otro procedimiento de conciliación prolongado, el UABT *puede* acordar adelantar el pago de dichos beneficios en virtud de un Acuerdo de Subrogación. En tales casos, el UABT requerirá la Autorización de Reembolso del Participante/Paciente y el Acuerdo de Subrogación por su parte y el Reconocimiento del Abogado y el Asentimiento al Reembolso por parte de su abogado (si se contrata uno) para ejecutar un “acuerdo y gravamen”.

El UABT, a su entera discreción, puede optar por adelantar condicionalmente el pago de los beneficios en aquellas situaciones en las que una lesión, enfermedad o dolencia sea causada en su totalidad o en parte por, o resulte de los actos u omisiones de usted y/o sus dependientes, o de terceros. Cuando cualquier otra parte, además del UABT, pueda ser responsable de los gastos derivados de un incidente, accidente, y/o se disponga de otros fondos, incluidos, entre otros, sin culpa, automovilista sin seguro, automovilista con seguro insuficiente, disposiciones de pago médico, bienes de terceros, seguro de terceros, y/o garante(s) de un tercero (colectivamente “Cobertura”).

Usted y/o sus dependientes, su abogado o el de sus dependientes, y/o el tutor legal de un menor o incapacitado acuerda que la aceptación del pago condicional de los beneficios médicos del Plan es una notificación constructiva de estas pro- visiones en su totalidad y acuerda mantener el 100% del pago condicional de los beneficios del UABT o la totalidad del pago de cualquiera o combinación de fuentes de primera y tercera parte en fideicomiso, sin interrupción excepto por el reembolso al UABT. El UABT tendrá un derecho de retención equitativo sobre cualquier fondo recibido por la(s) parte(s) perjudicada(s) y/o su abogado de cualquier fuente y dichos fondos se mantendrán en fideicomiso hasta el momento en que las obligaciones en virtud de esta disposición estén totalmente satisfechas. Usted o su(s) dependiente(s) acepta(n) incluir al UABT como copago en todos y cada uno de los giros de liquidación. Además, al aceptar los beneficios, el/los Participante(s) entiende(n) que cualquier recuperación obtenida conforme a esta sección es un activo del Plan en la medida del importe de los beneficios pagados por el Plan y que el Participante será un fideicomisario sobre dichos activos del Plan.

En el caso de que usted o su(s) dependiente(s) llegue(n) a un acuerdo, recupere(n) o sea(n) reembolsado(s) por cualquier Cobertura resultante de la lesión de terceros, usted o su(s) dependiente(s) acepta(n) reembolsar al Plan el cien por cien (100%) de los beneficios pagados o que serán pagados por el UABT en nombre del (de los) Participante(s). Cuando dicho reembolso no incluya el pago de tratamientos futuros, el derecho del Plan al reembolso se extiende a todos los beneficios pagados o que serán pagados por el Plan en su nombre y en el de su(s) dependiente(s) por los cargos incurridos hasta la fecha en que dicha Cobertura o tercero quede totalmente liberado de responsabilidad, incluidos los cargos que aún no hayan sido presentados al Plan. Si el/los Participante(s) no reembolsa(n) al Plan cualquier sentencia o acuerdo recibido, el/los Participante(s) será(n) responsable(s) de todos y cada uno de los gastos (honorarios y costos) asociados con el intento del Plan de recuperar dicho dinero. Nada de lo aquí dispuesto se interpretará como una prohibición para que el UABT reclame el reembolso de los gastos incurridos con posterioridad a la fecha del acuerdo si dicha recuperación prevé la consideración de gastos médicos futuros.

Si hay más de una parte responsable de los cargos pagados por el UABT o que pueda ser responsable de los cargos pagados por el Plan, éste no estará obligado a seleccionar una parte en particular de la que se deba el reembolso. Además, los fondos de liquidación no asignados destinados a compensar a múltiples partes perjudicadas de las que el/los participante(s) sea(n) sólo una o unas pocas, ese fondo de liquidación no asignado se considera designado como un fondo “identificable” del que el plan puede solicitar el reembolso.

### **Sección 2, Subrogación**

Como condición para participar y recibir los beneficios de este Plan, usted y/o su(s) dependiente(s) aceptan ceder al Plan el derecho a subrogarse y perseguir todas y cada una de los reclamos, causas de acción o derechos que puedan surgir contra cualquier persona, corporación y/o entidad y a cualquier Cobertura a la que el/los Participante(s) tenga(n) derecho, independientemente de cómo esté(n) clasificada(s) o caracterizada(s), a discreción del Plan, si usted o su(s) dependiente(s) no persiguen dichos derechos y/o acción.

Si usted o su(s) dependiente(s) recibe(n) o adquiere(n) derecho a recibir beneficios, se constituirá un derecho de retención equitativo automático a favor del Plan sobre cualquier reclamo que cualquier participante(s) pueda tener contra cualquier cobertura y/o parte causante de la enfermedad o lesión en la medida de dicho pago condicional por parte del Plan más los costos razonables de cobro. Usted o su(s) dependiente(s) está(n) obligado(s) a notificar al UABT o a su representante autorizado cualquier liquidación antes de la finalización de esta, la ejecución de un descargo de responsabilidad o la recepción de los fondos correspondientes. Usted o su(s) dependiente(s) también está(n) obligado(s) a mantener todos y cada uno de los fondos así recibidos en fideicomiso en nombre del Plan y a funcionar como fideicomisario en lo que respecta a dichos fondos hasta que los derechos del Plan aquí descritos sean honrados y el Plan sea reembolsado.

El Plan podrá, a su discreción, en su propio nombre o en nombre del/de los Partícipe(s) iniciar un procedimiento o presentar un reclamo contra cualquier parte o Cobertura para la recuperación de todos los daños y perjuicios hasta el total del valor de cualquiera de dichas beneficios o pagos condicionales adelantados por el Plan.

Si el/los Participante(s) no presenta(n) un reclamo o demanda por daños y perjuicios contra:

- 1) La parte responsable, su aseguradora o cualquier otra fuente en nombre de dicha parte.
- 2) Cualquier seguro a primer riesgo mediante cobertura de pagos médicos, protección contra daños personales, cobertura sin culpa, cobertura de motorista sin seguro o con seguro insuficiente.
- 3) Cualquier póliza de seguro de cualquier compañía de seguros o garante de un tercero.
- 4) Compensación de los trabajadores u otra compañía de seguros de responsabilidad civil.
- 5) Cualquier otra fuente, incluidos, entre otros, los fondos de restitución a las víctimas de delitos, cualquier pago de beneficios médicas, por incapacidad o de otro tipo, y la cobertura del seguro escolar.

El/los Participante(s) autoriza(n) al Plan a perseguir, demandar, transigir y/o liquidar cualquiera de dichos reclamos en nombre del/de los Participante(s) y/o del Plan y acuerda(n) cooperar plenamente con el Plan en la persecución de cualquiera de dichos reclamos. El/los Participante(s) cede(n) todos los derechos al Plan o a su cesionario para perseguir un reclamo y la recuperación de todos los gastos de cualquiera y todas las fuentes enumeradas anteriormente.

### **Sección 3, Derecho de reembolso**

El UABT tiene derecho a recuperar el 100% de los beneficios pagados o pagaderos Incurridos, que hayan sido pagados y/o serán pagados por el Plan, o que hayan sido Incurridos de otro modo por el/los Participante(s) antes y hasta la exoneración de responsabilidad de la entidad responsable, según corresponda, sin deducción de los honorarios y costos de los abogados o la aplicación de la doctrina del fondo común, la doctrina del “made whole”, o cualquier otra teoría legal o equitativa similar, y sin tener en cuenta si el/los Participante(s) es(son) totalmente compensado(s) por su recuperación de todas las fuentes. El UABT tendrá un derecho de retención equitativo que prevalecerá sobre todas las normas, doctrinas y leyes de derecho común o estatutarias de cualquier Estado que prohíban la cesión de derechos que interfiera o comprometa de algún modo el derecho de retención equitativo y el derecho al reembolso del Plan. La obligación de reembolsar íntegramente al Plan existe independientemente de cómo se clasifique la sentencia o el acuerdo y de si la sentencia o el acuerdo designa específicamente que la recuperación o una parte de esta incluye gastos médicos, de incapacidad o de otro tipo y se extiende hasta la fecha en que la parte responsable quede exonerada de responsabilidad. Si su recuperación o la de su(s) dependiente(s) es inferior a los beneficios abonados, el UABT tendrá derecho a que se le abone la totalidad de la recuperación alcanzada. Cualquier fondo recibido por el Participante se considera mantenido en fideicomiso constructivo y no debe ser disipado o desembolsado hasta el momento en que la obligación del Participante de reembolsar al Plan haya sido satisfecha de acuerdo con estas disposiciones. El Participante también está obligado a mantener todos y cada uno de los fondos así recibidos en fideicomiso en nombre del Plan y a funcionar como fideicomisario en lo que se refiere a dichos fondos hasta que se cumplan los derechos aquí descritos y se reembolse al Plan.

No podrán deducirse de la recuperación del Plan los costos judiciales, los honorarios de los peritos, los honorarios de los abogados, las tasas de presentación u otros costos o gastos del litigio sin el consentimiento previo, expreso y por escrito del Plan.

El derecho de subrogación y reembolso del Plan no se reducirá ni se verá afectado como resultado de ninguna falta o reclamo por parte suya o de su(s) dependiente(s), ya sea bajo las doctrinas de causalidad, culpa comparativa o negligencia contributiva, u otra doctrina similar en la ley. En consecuencia, cualquier estatuto de reducción de gravámenes, que intente aplicar dichas leyes y reducir la recuperación de un Plan subrogante no será aplicable al Plan y no reducirá los derechos de reembolso del Plan.

Estos derechos de subrogación y reembolso se aplicarán con independencia de que el Plan exija un reconocimiento por escrito de estos firmado por el/los Participante(s).

Esta disposición no limitará ningún otro recurso del Plan previsto por la ley. Estos derechos de subrogación y reembolso se aplicarán sin tener en cuenta el lugar del suceso que provocó o causó la Enfermedad, Lesión, Enfermedad o incapacidad aplicable.

### **Sección 4, El participante es un fideicomisario sobre los activos del plan**

Cualquier Participante que reciba beneficios y, por lo tanto, esté sujeto a los términos de esta sección, se considera por el presente un receptor y tenedor de los activos del Plan y, por lo tanto, se considera un fideicomisario del Plan únicamente en lo que se refiere a la posesión de cualquier fondo que se pueda deber al Plan como resultado de cualquier acuerdo, sentencia o recuperación a través de cualquier otro medio que surja de cualquier lesión o accidente. En virtud de esta condición, el Participante entiende que está obligado a:

- a) Notificar al Plan o a su representante autorizado cualquier acuerdo antes de la finalización del mismo, de la ejecución de un descargo o de la recepción de los fondos correspondientes.
- b) Instruir a su abogado para que se asegure de que el Plan y/o su representante autorizado figuren como beneficiarios en todos los borradores del acuerdo.

c) En circunstancias en las que usted o su(s) dependiente(s) no esté(n) representado(s) por un abogado, indique a la compañía de seguros o a cualquier tercero del que el participante obtenga un acuerdo, sentencia u otra fuente de cobertura que incluya al Plan o a su representante autorizado como beneficiario en el borrador del acuerdo.

d) Retener todos y cada uno de los fondos así recibidos en fideicomiso, en nombre del UABT, y funcionar como fideicomisario en lo que se refiere a dichos fondos, hasta que los derechos del Plan aquí descritos sean honrados y el Plan sea reembolsado.

En la medida en que usted o su(s) dependiente(s) dispute(n) esta obligación con el UABT en virtud de esta sección, el Participante o cualquiera de sus agentes o representantes también está obligado a mantener cualquiera/todos los fondos del acuerdo, incluida la totalidad del acuerdo si ésta es inferior a los intereses del Plan, y sin reducción en consideración de los honorarios de los abogados, sobre los que ejerza el control, en una cuenta segregada de sus cuentas generales o activos generales hasta el momento en que se resuelva la disputa.

Ningún Participante, beneficiario, o los agentes o representantes de estos, que ejerzan control sobre los activos del plan e incurran en responsabilidad fiduciaria de acuerdo con esta sección tendrán autoridad alguna para aceptar cualquier reducción de los intereses del Plan en su nombre.

### **Sección 5, Exención de responsabilidad**

El derecho de reembolso del UABT se extiende a cualquier atención relacionada con incidentes que reciba usted o su(s) dependiente(s) ("incurridos") antes de que la parte responsable quede exonerada de responsabilidad. Por lo tanto, la obligación del afiliado/participante de reembolsar al Plan está vinculada a la fecha en la que se incurrió en los reclamos, no a la fecha en la que el Plan efectúa el pago. En el caso de un acuerdo, el Participante tiene la obligación de revisar el "gravamen" proporcionado por el Plan y que refleje los reclamos pagados por el Plan por los que solicita el reembolso, antes de llegar a un acuerdo y/o de ejecutar una exoneración de cualquier tercero responsable o potencialmente responsable, y también tiene la obligación de informar al Plan de cualquier atención relacionada con incidentes en la que se haya incurrido antes de la fecha propuesta de acuerdo y/o exoneración, que no figure en la lista pero que se haya incurrido o se vaya a incurrir, y por la que se vaya a solicitar el pago al Plan.

### **Sección 6, Exceso de cobertura/seguro de enfermedad**

Si en el momento de la Lesión, enfermedad, dolencia o incapacidad hay disponible, o potencialmente disponible cualquier Cobertura (incluyendo, pero no limitándose a la Cobertura resultante de una sentencia judicial o acuerdos extrajudiciales), los beneficios de este Plan se aplicarán sólo como un exceso sobre tales otras fuentes de Cobertura, salvo que se disponga lo contrario en la sección de Coordinación de Beneficios del Plan.

Los beneficios del Plan serán superiores a cualquiera de las siguientes:

- a) La parte responsable, su aseguradora o cualquier otra fuente en nombre de dicha parte.
- b) Cualquier seguro de primera parte o cobertura de beneficios a través de cobertura de pago médico, protección contra lesiones personales, cobertura sin culpa, cobertura de motorista sin seguro o con seguro insuficiente.
- c) Cualquier póliza de seguro de cualquier compañía de seguros o garante de un tercero.
- d) Compensación de los trabajadores u otra compañía de seguros de responsabilidad civil.
- e) Cualquier otra fuente, incluidos, entre otros, los fondos de restitución a las víctimas de delitos, cualquier pago de beneficios médicos, por incapacidad o de otro tipo, y la cobertura del seguro escolar.

### **Sección 7, Separación de fondos**

Los beneficios pagados por el Plan, los fondos recuperados por el/los Participante(s), y los fondos mantenidos en fideicomiso sobre los que el Plan tiene un gravamen equitativo existen separadamente de la propiedad y el patrimonio del/de los Participante(s), de tal manera que la muerte del/de los Participante(s), o la declaración de bancarrota por parte del/de los Participante(s), no afectará al gravamen equitativo del Plan, a los fondos sobre los que el Plan tiene un gravamen, o al derecho del Plan a la subrogación y al reembolso.

### **Sección 8, Muerte por negligencia**

En caso de que usted o su(s) dependiente(s) fallezca(n) como consecuencia de sus Lesiones y se presente un reclamo por muerte o supervivencia por negligencia contra un tercero o cualquier Cobertura, seguirán siendo de aplicación los derechos de subrogación y reembolso del UABT, y la entidad que presente dicho reclamo deberá respetar y hacer cumplir estos derechos del Plan y los términos por los que se pagan los beneficios en nombre del/de los Participante(s) y de todos los demás que se beneficien de dicho pago.

### **Sección 9, Obligaciones**

Es su obligación y la de su(s) dependiente(s) en todo momento, tanto antes como después del pago de los beneficios médicos por parte del UABT:

- a) Cooperar con el UABT o con cualquier representante del Plan y del Administrador del Plan, en la protección de los derechos del UABT, incluyendo la presentación de pruebas, la asistencia a las deposiciones y/o la cooperación en el juicio para preservar los derechos del UABT.
- b) Facilitar al UABT la información pertinente relativa a la Enfermedad, Invalidez o Lesión, incluidos los informes de accidentes, la información sobre la liquidación y cualquier otra información adicional solicitada.
- c) Tomar las medidas y ejecutar los documentos que el UABT pueda requerir para facilitar la ejecución de sus derechos de subrogación y reembolso.
- d) No hacer nada que perjudique los derechos de subrogación y reembolso del UABT.
- e) Reembolsar rápidamente al Plan cuando se reciba una recuperación a través de un acuerdo, sentencia, laudo u otro pago.
- f) Notificar al UABT o al Administrador del Plan cualquier reclamo o atención relacionada con un incidente que pueda no estar identificada dentro del gravamen (pero en la que se haya incurrido) y/o solicitud de reembolso presentada por o en nombre del Plan.
- g) Notificar al UABT o al administrador del plan cualquier acuerdo antes de la finalización del mismo.
- h) A no liquidar o liberar, sin el consentimiento previo del Plan, ningún reclamo en la medida en que el Participante pueda tener contra cualquier parte responsable o Cobertura.
- i) Dar instrucciones a su abogado para que se asegure de que el Plan y/o su representante autorizado figuren como beneficiarios en cualquier borrador de liquidación.
- j) En circunstancias en las que usted o su(s) dependiente(s) no estén representados por un abogado, indique a la compañía de seguros o a cualquier tercero del que obtenga un acuerdo que incluya al UABT como beneficiario en el borrador del acuerdo.
- k) Realizar esfuerzos de buena fe para evitar el desembolso de los fondos del acuerdo hasta el momento en que se resuelva cualquier disputa entre el Plan y el Participante sobre los fondos del acuerdo.

Si usted y/o su abogado no reembolsan al UABT todos los beneficios pagados, a pagar, en los que se haya incurrido o en las que se incurrirá, antes de la fecha de exoneración de responsabilidad de la entidad pertinente, como resultado de dicha Lesión o afección, con cargo a cualquier recaudación, sentencia o acuerdo recibido, usted será responsable de todos y cada uno de los gastos (ya sean honorarios o costos) asociados con el intento del UABT de recuperar dicho dinero.

El derecho del UABT al reembolso y/o a la subrogación no dependen en modo alguno de su cooperación o de la adhesión de usted o de su(s) dependiente(s) a estos términos. El hecho de que usted o su abogado no respondan al UABT en un plazo de sesenta (60) días puede dar lugar a la denegación de sus reclamos.

### **Sección 10, Compensación**

Si no se efectúa el reembolso a tiempo, o usted, su(s) dependiente(s) y/o el abogado contratado no cumplen con cualquiera de los requisitos del UABT, el Plan tiene derecho, además de cualquier otro medio legal de recuperación, a deducir el valor de la cantidad que usted adeuda al UABT. Para ello, el UABT podrá rechazar el pago de cualquier beneficio médico futuro y de cualquier fondo o pago adeudado en virtud de este Plan en nombre del/de los Participante(s) por un importe equivalente a cualquier cantidad pendiente que usted adeude al UABT. Esta disposición se aplica incluso si el Participante ha desembolsado fondos del acuerdo.

### **Sección 11, Condición de menor**

En el caso de que el dependiente lesionado sea un menor, tal y como se define dicho término en la legislación aplicable, los padres del menor, o el tutor designado por el tribunal, deberán cooperar en todas y cada una de las acciones emprendidas por el UABT para buscar y obtener la aprobación judicial necesaria para vincular al menor y a su patrimonio en lo que respecta a estas disposiciones de subrogación y reembolso.

Si los padres del menor o el tutor designado por el tribunal no toman dicha medida, el Plan no tendrá obligación de adelantar el pago de los beneficios médicos en nombre del menor. Cualquier costo judicial u honorario legal asociado a la obtención de dicha aprobación correrá a cargo de los padres o del tutor designado por el tribunal del menor.

### **Sección 12, Interpretación lingüística**

Los Fideicomisarios conservan la autoridad discrecional única, plena y final para interpretar el lenguaje de esta disposición, para determinar todas las cuestiones de hecho y de derecho que surjan en virtud de esta disposición, y para administrar los derechos de subrogación y reembolso del Plan con respecto a esta disposición. Los Administradores podrán modificar el Plan en cualquier momento sin previo aviso.

### **Sección 13, Divisibilidad**

En caso de que cualquier sección de esta disposición se considere inválida o ilegal por cualquier motivo, dicha invalidez o ilegalidad no afectará a las secciones restantes de esta disposición y del Plan. Dicha sección será totalmente separable. Se interpretará y aplicará como si dichas secciones inválidas o ilegales nunca se hubieran insertado en el Plan.

## **Parte IX, Los beneficios de su seguro de vida**

Si cumple los requisitos para percibir los beneficios del seguro de vida y es un empleado activo en la fecha de entrada en vigor de su cobertura, su beneficiario designado tendrá derecho a la(s) cuantía(s) de los beneficios que figuran en la página Programa de Beneficios de Vida de este resumen de beneficios, siempre y cuando se hayan abonado las cotizaciones correspondientes en su nombre para el mes en el que se produzca su fallecimiento.

También debe conocer las siguientes disposiciones y limitaciones que afectan a estos beneficios. Asimismo, tiene derecho a solicitar al Fideicomiso un certificado de seguro que describa todas las disposiciones y limitaciones de su cobertura de Seguro de Vida Colectivo a Plazo Fijo.

### **Sección 1, Limitación de jubilados**

Si ya estaba retirado del empleo activo en la fecha en que su cobertura entraría en vigor, no podrá optar a los beneficios de vida y/o muerte accidental y desmembramiento.

### **Sección 2, Beneficiario**

Los beneficios pagaderos como consecuencia de su fallecimiento se abonarán al beneficiario que designe en su tarjeta de afiliación, si dicha tarjeta se presenta al Administrador del Plan y a su empleador.

Si designa a un beneficiario que no sea su cónyuge legal, se requiere la firma de su cónyuge indicando su consentimiento a esta designación de beneficiario.

Si no designó a un beneficiario antes de su fallecimiento, la Compañía de Seguros tiene la opción de pagar los beneficios a cualquiera de sus siguientes supervivientes en el siguiente orden de prioridad: su cónyuge, otros dependientes adultos, hijos (en importes iguales), padres (en importes iguales); o al albacea o administrador de su patrimonio, tal y como se define en la legislación estatal aplicable.

Si su beneficiario es menor de edad o está incapacitado para dar un recibo válido, la Compañía de Seguros tiene la opción de pagar los beneficios a cualquier persona o institución que asuma la custodia y/o la manutención principal del beneficiario en virtud de una orden judicial.

### **Sección 3, Cambio de beneficiario**

Usted tiene el derecho exclusivo de designar o cambiar de beneficiario. Puede cambiar de beneficiario en cualquier momento presentando una nueva tarjeta de inscripción al administrador del plan y a su empleador. Sin embargo, si cambia la designación a un beneficiario que no sea su cónyuge legal, se requiere la firma de su cónyuge indicando su consentimiento al cambio. El cambio entrará en vigor en la fecha en que firme una nueva tarjeta de afiliación si el Fideicomiso recibe dicha tarjeta antes de la emisión de los beneficios.

### **Sección 4, Consentimiento del beneficiario**

No está obligado a obtener el consentimiento de un beneficiario anterior antes de cambiar su designación de beneficiario, a menos que esté eliminando a su cónyuge como beneficiario principal. Si nombra a otra persona que no sea su cónyuge legal, se requiere la firma del cónyuge indicando su consentimiento a este cambio.

### **Sección 5, Métodos opcionales de liquidación**

Su beneficiario puede elegir determinadas cuotas mensuales, basadas en el importe de sus beneficios de seguro, en lugar del pago de una suma global. Deberá ponerse en contacto con la compañía de seguros si su beneficiario desea esta opción.

### **Sección 6, Beneficios del seguro de vida para dependientes**

Sus dependientes están cubiertos y se le abonarán los beneficios aplicables si (a) los beneficios de Vida para Dependientes están incluidos en la página Programa de Beneficios de Vida; y, (b) se han abonado las cotizaciones aplicables para el mes en el que se produce el fallecimiento del dependiente.

### **Sección 7, Continuación de los beneficios del seguro de vida**

Debe consultar la Parte III, Continuación de la cobertura, y la Parte IV, Ampliación de los beneficios, para conocer las disposiciones que afectan a la continuación de los beneficios de su seguro de vida si deja de trabajar a tiempo completo activo por cualquier motivo que no sea su fallecimiento.

Tiene derecho a convertir su seguro de vida colectivo en una póliza de seguro de vida individual porque finaliza su relación laboral o porque deja de pertenecer a una clase de empleados elegibles por un motivo distinto a (1) que la póliza colectiva haya finalizado; (2) que el seguro de vida para empleados bajo la póliza colectiva haya finalizado; o (3) que su empleador haya dejado de ser un empleador contribuyente. Para tener derecho al beneficio, deberá solicitar y abonar la primera prima en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que finalice su cobertura.

Una persona cubierta puede convertir su cobertura en un seguro de vida permanente en un formulario de póliza que la aseguradora emita en ese momento, sin las cláusulas adicionales opcionales, por un importe que no supere la cuantía

del seguro que se extingue en virtud de la Póliza Maestra Global. No se proporcionará cobertura de conversión para el seguro AD&D o el seguro de vida complementario. La prima de la cobertura permanente se basará en la edad alcanzada y la clase de riesgo de la persona cubierta en el momento de la conversión, junto con la forma y el importe del seguro elegido. No se exigirá ninguna prueba de asegurabilidad.

#### **Sección 8, Continuación del seguro de vida para dependientes**

Si en la página Programa de Beneficios de Vida y Muerte Accidental figura la cobertura de vida para personas dependientes, podrá optar por continuar dicha cobertura mediante el pago de las cotizaciones por su cuenta durante cualquier periodo en el que se encuentre totalmente incapacitado. Este privilegio finalizará si no se abonan las cotizaciones aplicables o si se cancelan los Beneficios de Vida para Personas Dependientes del Plan.

## **Parte X, Red de beneficios farmacéuticos**

### **Sección 1, Red de beneficios farmacéuticos**

El UABT contrata a una red de farmacias independientes y de cadenas de farmacias que se comprometen a suministrarle medicamentos con receta por una tarifa establecida. El uso de estas farmacias limitará sus gastos por medicamentos recetados a un copago designado al que se hace referencia en su Programa de beneficios para gastos de medicamentos recetados o en su Programa de beneficios para gastos médicos. Consulte la Parte XI, Sección 9 para conocer los gastos de farmacia.

### **Sección 2, Servicios farmacéuticos del panel**

Cuando usted o su dependiente elegible elija surtir una receta cubierta para un suministro de hasta treinta y cuatro (34) días en una farmacia del panel, pagará un copago designado y el saldo del costo del medicamento será pagado en su totalidad por el UABT después del deducible, si corresponde. Los servicios de farmacia del panel del UABT están diseñados para proporcionar cobertura para equivalentes genéricos, medicamentos del formulario y medicamentos de marca. (Consulte su Programa de beneficios farmacéuticos para conocer los detalles de sus beneficios farmacéuticos.

### **Sección 3, Farmacia de venta por correo**

Cuando usted o su dependiente elegible opten por surtir una receta cubierta para un suministro de hasta noventa (90) días, a través del programa de pedidos por correo del UABT, usted pagará un copago a la farmacia de pedidos por correo y el saldo del costo del medicamento será pagado en su totalidad por el UABT después del deducible, si corresponde. La opción de pedido por correo está diseñada para las recetas de mantenimiento (a largo plazo).

### **Sección 4, Medicamentos especiales**

Ciertos medicamentos utilizados para el tratamiento de enfermedades complejas deben obtenerse a través de los programas de farmacias especializadas. Las recetas de este tipo de medicamentos requieren una autorización previa. (Llame al Departamento de Atención al Afiliado del UABT al 800.223.4590 para obtener ayuda).

### **Sección 5, Apelaciones de determinaciones de beneficios denegadas/adversas**

El PBM conducirá el primer nivel de apelaciones internas de denegaciones y/o determinaciones adversas de beneficios consistentes con su Programa de Beneficios de Farmacia del UABT. El PBM probará todo el beneficio aplicable de derechos y notificaciones de apelación a usted o a su dependiente elegible en relación con tal primer nivel de apelaciones internas de acuerdo con el Plan del UABT y todas las leyes federales aplicables.

Para apelar una denegación de beneficio farmacéutica o una determinación adversa, debe presentar una solicitud por escrito (carta, correos electrónicos, etc.) que serán revisados por el Coordinador de Quejas y Apelaciones de PBM. En un plazo de cinco (5) días a partir de la recepción de su carta, se le notificará que ésta ha sido recibida.

El coordinador de quejas y apelaciones del PBM revisa la información enviada por usted y se pone en contacto con el proveedor que prescribe el medicamento para obtener la documentación adicional necesaria para una revisión clínica. La revisión clínica la lleva a cabo un farmacéutico independiente y se completará en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la apelación por escrito.

Si el Coordinador de Quejas y Apelaciones del PBM mantiene la denegación o la determinación adversa del beneficio, usted tiene derecho a apelar ante el UABT de acuerdo con la Sección 9 de la Parte XIV.

## **Parte XI, Beneficios del plan médico**

Usted y las personas a su cargo que reúnan los requisitos están cubiertos por los beneficios descritos en el Programa de Beneficios para Gastos Médicos o en el Resumen de Beneficios si se han efectuado las cotizaciones correspondientes en su nombre para el mes en el que se incurre en el gasto cubierto.

Cualquier beneficio descrito en el Programa de Beneficios para Gastos Médicos, en el Resumen de Beneficios o en este Resumen de la Descripción del Plan será un gasto cubierto. Cualquier Copago, Coseguro o Deducible aplicable será cobrado por el proveedor u hospital que preste la atención. El importe restante del gasto cubierto será abonado en el Porcentaje indicado, hasta el Máximo del Plan, por el UABT al proveedor u hospital que preste la atención.

Los tipos específicos de servicios cubiertos se describen en las siguientes secciones, sujetos a todas las definiciones, exclusiones y limitaciones que figuran en las demás partes de este resumen, incluidas las disposiciones descritas en el Programa de Beneficios para Gastos Médicos.

El UABT no le exige que seleccione un proveedor de atención primaria. Le animamos a que seleccione un proveedor de atención primaria. No necesita una autorización o derivación para recibir atención o una consulta. Los procedimientos o cirugías pueden necesitar autorización. Sin embargo, muchos especialistas no programarán su cita sin una derivación de su proveedor de atención primaria. Si su especialista necesita una autorización o derivación, póngase en contacto con su proveedor de atención primaria.

Dado que usted no está obligado a seleccionar un proveedor de atención primaria, ningún proveedor está obligado a cumplir objetivos de tratamiento específicos, números concretos, duración máxima de las visitas o cualquier otra métrica para recibir el pago. La remuneración de los proveedores no incluye incentivos ni penalizaciones relacionados con su atención.

Podrá obtener servicios fuera de la red si su plan prevé esta cobertura en su Resumen de beneficios. Se aplicarán los gastos compartidos a menos que haya alcanzado el máximo de gastos de su bolsillo.

En consonancia con la ley federal, puede acceder a la sala de urgencias para cualquier emergencia que usted determine. Puede acceder a la atención de cualquier proveedor en consonancia con el horario de consulta del proveedor, incluidos los horarios nocturnos y los fines de semana.

Su proveedor sabrá si un servicio requiere una autorización previa y solicitará la remisión por usted. Si su proveedor no sabe cómo solicitar una autorización previa, en el reverso de su tarjeta de identificación del UABT encontrará el número de teléfono para la autorización. Si su cobertura finaliza y luego vuelve a inscribirse en la cobertura del UABT invocando un vacío en la cobertura con el UABT, deberá obtener una nueva autorización previa para los servicios.

El UABT sólo podrá denegar retroactivamente la cobertura de un servicio de urgencia o autorizado previamente si usted no paga su prima (cotización) o si comete fraude.

### **Sección 1, Gastos médicos no cubiertos**

Además de las Definiciones, Disposiciones y Limitaciones Generales del Plan, los siguientes cargos no se consideran gastos cubiertos según los términos del Plan. No se abonarán beneficios por:

- (a) Asesoramiento matrimonial, suplementos nutricionales excepto los especificados en Atención preventiva, gestión de dietas, terapia ocupacional no terapéutica, terapia de masajes, terapia educativa, terapia dirigida a las Actividades de la vida diaria (AVD), programas comerciales de ejercicio, inscripciones en gimnasios, spas o clubes de salud (sin embargo, el asesoramiento matrimonial y el asesoramiento conductual están cubiertos cuando los servicios se prestan a través de Telemedicina);
- (b) Gastos de transporte para viajes en líneas aéreas regulares, ferrocarril, autobús, taxi u otro medio de transporte comercial, independientemente del destino o propósito, a menos que se permita como parte de nuestros beneficios de la Red Mexicana de Paneles, Programa de Trasplantes o servicios de aborto.
- (c) La cirugía estética (tal y como se define en la sección 21 de la parte V) no se aplica a los gastos incurridos para la reparación de una lesión sufrida en el plazo de un año tras un accidente ocurrido mientras la persona estaba cubierta por los beneficios del Plan, para la corrección de una deformidad congénita en un niño que reunía los requisitos del Plan al nacer, y/o a la cirugía reconstructiva posterior a una mastectomía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones derivadas de una mastectomía (incluido el linfedema).
- (d) Gafas (a excepción de los servicios oftalmológicos pediátricos necesarios para satisfacer los beneficios esenciales mínimos de la ACA) o audífonos; diagnóstico o corrección quirúrgica de defectos de refracción, incluidas, entre otras, la queratotomía radial, la queratoplastia y/o la cirugía ocular con láser; entrenamiento motor visual u otros ejercicios oculares, a menos que se realicen en lugar de una intervención quirúrgica para corregir un trastorno muscular ocular. El Plan pagará las gafas o lentes de contacto para corregir una deficiencia causada directamente por una lesión accidental o una intervención quirúrgica intraocular (como las cataratas). Las gafas o lentes de contacto deben adquirirse en el plazo de un año desde la lesión o cirugía y el paciente debe estar cubierto por el Plan en el momento de la compra. La terapia oftalmológica puede estar

cubierta si es médicamente necesaria y los servicios son realizados por un médico colegiado y certificado que ejerza dentro del ámbito de su licencia.

(e) Cargos y gastos del donante por trasplante de órganos incurridos por un participante no perteneciente al UABT.

(f) La maternidad subrogada (implantación de embriones y esperma) y los cuidados médicos relacionados con el embarazo para la no participante/no dependiente y/o los procedimientos destinados a revertir una esterilización electiva previa, la fecundación in vitro, la inseminación artificial, la transferencia de cigotos, la terapia hormonal o cualquier otro servicio destinado al tratamiento de la infertilidad.

(g) Tratamiento médico o quirúrgico relacionado con la disfunción sexual.

(h) Uso de terapia de hormona de crecimiento a menos que se haya demostrado médicamente la deficiencia de hormona de crecimiento y se determine que es médicamente necesaria.

(i) Entrenamiento de la marcha o terapias dirigidas a las Actividades de la Vida Diaria (AVD), con la excepción de cualquier terapia requerida para cumplir con los Beneficios Esenciales de Salud en virtud de la ACA.

(j) Servicios prestados por un proveedor sin licencia o por cualquier proveedor que no actúe dentro del ámbito de su licencia.

(k) Tratamiento no quirúrgico de los pies, incluido pero no limitado al tratamiento de arcos débiles o caídos, pies planos o pronados, metatarsalgia, juanetes, dedos en martillo, recorte o escisión de callos o callosidades, o recorte de uñas de los pies.

(l) Artículos o servicios específicamente enumerados como no pagaderos en las secciones 2 a 23.

(m) Complicaciones derivadas o relacionadas con un servicio o suministro no cubierto.

(n) Biorretroalimentación.

(o) Terapia génica y terapia celular.

(p) Implantes de pene.

(q) Partos en casa o partos fuera de un centro médico acreditado.

## **Sección 2, Cargos hospitalarios (hospitalización)**

El Plan proporciona el reembolso de los gastos cubiertos incurridos en un centro que se ajuste a la definición de hospital del Plan, incluyendo: (a) alojamiento y manutención, y (b) otros servicios y suministros médicos necesarios proporcionados por el hospital durante la hospitalización.

No se pagarán beneficios por (a) cuidados de custodia o mantenimiento; (b) terapia ocupacional que no se ajuste a la definición de gasto cubierto del plan; (c) artículos no médicos y personales (d) medicamentos de venta libre, excepto los especificados en el apartado de cuidados preventivos; y (e) implantes de alto costo, a menos que el reclamo del hospital incluya una factura que demuestre el costo real del aparato o aparatos. Los gastos cubiertos para implantes se limitan a un máximo de 3 veces el costo real del equipo, verificado por la factura, a menos que en el contrato de la red del centro se defina específicamente una disposición diferente para los implantes.

## **Sección 3, Cargos hospitalarios (ambulatorio) y centros quirúrgicos ambulatorios**

Los gastos cubiertos incurridos en el departamento ambulatorio y/o en la sala de urgencias de un hospital suelen estar permitidos, pero los beneficios pueden estar limitados si el tratamiento no fue por una urgencia médica.

Debe saber que se ahorra importantes cantidades de dinero cuando acude a la consulta de un médico para el tratamiento de una enfermedad rutinaria, en lugar de acudir a la sala de urgencias de un hospital o a una clínica ambulatoria. Las disposiciones de su Plan tienen esto en cuenta y pueden limitar la cobertura de los gastos hospitalarios ambulatorios que no sean de urgencia a los beneficios que le habrían correspondido si hubiera acudido a la consulta de un médico. Los cargos por "uso de instalaciones" no se considerarán gastos cubiertos a menos que el tratamiento haya sido por una urgencia médica, una lesión accidental o un procedimiento quirúrgico.

El gasto cubierto por los servicios prestados en un *centro quirúrgico ambulatorio* independiente debe cumplir la definición del plan de Cargo Máximo Permitido y/o de Honorarios Habituales (Parte V, Sección 87). Si se realizan dos o más procedimientos durante la misma sesión quirúrgica, el gasto cubierto se determinará basándose en el valor completo del procedimiento principal, 1/2 valor de cualquier procedimiento secundario y 1/4 de valor de cualquier otro procedimiento que añada tiempo y complejidad significativos a la sesión quirúrgica general, a menos que se especifique lo contrario en el contrato de la red de proveedores. Los procedimientos incidentales durante la misma sesión quirúrgica no reciben consideración adicional.

No se permitirá ninguna consideración adicional por implantes de alto costo, a menos que el reclamo del centro incluya una factura que muestre el costo del dispositivo o dispositivos. Si se aprueba, el Gasto Cubierto se limitará a un máximo de 3 veces el costo real, verificado por la factura, a menos que en el contrato de la red del centro se defina específicamente una disposición diferente para los implantes.

#### **Sección 4, Hospital de convalecencia, centro de enfermería especializado o de cuidados prolongados**

Se abonarán beneficios por internamiento necesario si: (a) dichos gastos están incluidos como gastos cubiertos en el Programa de Beneficios para Gastos Médicos; y (b) se han cumplido todas las condiciones de dicha disposición. No se abonarán beneficios por cuidados de custodia, rehabilitación o mantenimiento.

#### **Sección 5, Servicio profesional de ambulancias**

Se pagarán beneficios por el transporte médicamente necesario realizado por un servicio de ambulancias profesional y autorizado hasta o desde el hospital más cercano donde se pueda obtener la atención adecuada para la enfermedad o lesión que requiera tratamiento (excluidos los vuelos chárter).

El UABT puede pagar el transporte de urgencia en ambulancia en avión o helicóptero a un hospital si usted necesita un transporte en ambulancia inmediato y rápido que el transporte terrestre no puede proporcionarle. Los servicios de ambulancia aérea deben ser autorizados previamente por el UABT.

#### **Sección 6, Atención médica**

Los beneficios aplicables para las visitas al consultorio, al domicilio o al hospital se indican en el Programa de Beneficios para Gastos Médicos. También se abonarán beneficios por los gastos cubiertos incurridos en relación con la cirugía, los servicios de laboratorio de diagnóstico y rayos X y la anestesia cuando dichos servicios sean prestados por un facultativo que cumpla la definición de médico del Plan.

#### **Sección 7, Cirugía y anestesia**

Si se realizan dos o más procedimientos durante la misma sesión quirúrgica, los beneficios para la cirugía se determinarán en función del valor total para el procedimiento principal, 1/2 valor para cualquier procedimiento secundario y 1/4 valor para cualquier otro procedimiento que añada un tiempo y una complejidad significativos a la sesión quirúrgica general, a menos que se especifique lo contrario en el contrato de la red del proveedor. Los procedimientos incidentales durante la misma sesión quirúrgica no reciben consideración adicional.

El Fideicomiso se reserva el derecho de determinar el valor apropiado para procedimientos múltiples, basándose en la información presentada en el momento del reclamo.

El gasto cubierto para un cirujano asistente se limita al 20% del beneficio del cirujano principal. Si un segundo asistente es médicamente necesario, el gasto cubierto se limitará al 15% del beneficio del cirujano principal.

Se permite un asistente quirúrgico certificado en lugar de, pero no además de, un cirujano asistente. Los gastos cubiertos para un AQC que actúe como tal se limitan al 15% del beneficio del cirujano principal.

Los servicios quirúrgicos y de anestesia pueden estar limitados a una tabla específica de beneficios, denominada "Plan Surgical Schedule". De ser así, se incluye una muestra representativa del programa para su consulta.

#### **Sección 8, Honorarios de técnicos, laboratorios o clínicas por pruebas diagnósticas**

Los beneficios aplicables se indican en el Programa de gastos médicos o en los resúmenes del plan Beneficios por radiografías diagnósticas y pruebas de laboratorio solicitadas por un médico y analizadas y leídas por un médico para ayudar a diagnosticar y/o tratar una enfermedad o lesión cubierta.

#### **Sección 9, Gastos de farmacia**

Los gastos de farmacia se considerarán un gasto cubierto para la compra de fármacos o medicamentos específicos que no puedan dispensarse legalmente sin una receta escrita por un médico. Los beneficios aplicables a dichos gastos se indican en el Programa de beneficios para gastos médicos y/o de medicamentos recetados.

Si el plan tiene un máximo de gastos de bolsillo para medicamentos recetados por separado, el máximo de gastos de bolsillo para medicamentos recetados combinado con el máximo de gastos de bolsillo para gastos médicos no superará el máximo de gastos de bolsillo determinado a nivel federal para el año del plan.

Se abonan beneficios de farmacia por medicamentos anticonceptivos y medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil. No se abonan beneficios médicos ni de farmacia por medicamentos recetados o utilizados para mejorar el rendimiento sexual, contribuir a la fertilidad, mejorar el aspecto estético o suprimir el apetito.

No se pagarán beneficios por ningún medicamento o preparado de venta libre, vitaminas, minerales, suplementos dietéticos o cualquier otro artículo que pueda adquirirse legalmente sin la receta escrita de un médico, tanto si se ha hecho dicha receta como si no, con la excepción de las vitaminas prenatales, minerales y suplementos dietéticos recetados por un médico para el tratamiento durante el embarazo, salvo en la medida en que lo exija la Ley de Atención Médica Asequible.

#### **Sección 10, Medicamentos del formulario**

Un formulario de medicamentos es una lista de medicamentos preferidos y cubiertos que se recomienda a los médicos prescriptores. Si es aplicable a su Plan de Beneficios para Gastos de Medicamentos Recetados, los formularios pro-

mueven el uso de medicamentos elegidos que son igual de eficaces y menos costosos que los medicamentos alternativos. El UABT le proporcionará una lista de los medicamentos del formulario de su Plan de Prescripción. Esta lista está sujeta a cambios sin previo aviso.

Los productos de venta libre, excepto los especificados en Atención preventiva, los inyectables y otros medicamentos incluidos en el formulario pueden no estar cubiertos si están específicamente excluidos por otra(s) disposición(es) de este Resumen de la Descripción del Plan.

### **Sección 11, Medicamentos, productos y dispositivos huérfanos**

Un Medicamento Huérfano, producto, biológico, dispositivo o alimento médico debe haber sido aprobado por la Oficina de Desarrollo de Productos Huérfanos (OOPD por sus siglas en inglés) de la FDA. El UABT considerará los medicamentos, productos y dispositivos huérfanos un gasto cubierto después de que el medicamento, producto o dispositivo haya sido aprobado por la OOPD.

### **Sección 12, Servicios de enfermería**

Servicios de una enfermera titulada (RN), cuando preste servicios ordenados por un médico o realizados bajo su supervisión directa, siempre que los servicios realizados requieran las habilidades y la formación de una RN y se encuentren dentro del ámbito de práctica cubierto por la licencia de la enfermera.

Los servicios de una enfermera privada y autorizada en el domicilio o durante una hospitalización de convalecencia aprobada, están cubiertos si el reclamo reúne los requisitos para recibir beneficios médicos principales y los servicios de una enfermera: (a) fueron ordenados por el médico; (b) fueron servicios médicamente necesarios que requirieron la formación especializada de una enfermera; y, (c) no fueron principalmente tareas domésticas, higiene personal, preparación de comidas o cuidados de custodia.

No se abonan beneficios por los servicios privados de enfermería mientras el paciente esté ingresado en un hospital como paciente encamado registrado.

### **Sección 13, Gastos de cobalto, quimioterapia o radioterapia**

Los gastos incurridos durante la hospitalización son pagaderos en virtud de los beneficios de servicios hospitalarios. Si un siniestro reúne los requisitos para los beneficios médicos Mayores, los gastos cubiertos por cobaltoterapia, quimioterapia o radioterapia en régimen ambulatorio se abonarán conforme a las disposiciones aplicables de los beneficios médicos Mayores.

### **Sección 14, Fisioterapia, logopedia y acupuntura**

Los gastos incurridos por fisioterapia durante un internamiento hospitalario se considerarán pagaderos en virtud del beneficio de servicios hospitalarios. El término "fisioterapia" incluye las terapias de habilitación, rehabilitación y ocupacionales médicamente necesarias.

Un paciente puede autoderivarse a un fisioterapeuta hasta un máximo de indicado en el Cuadro de beneficios o en el Resumen de beneficios. Los beneficios pueden estar limitados a un número de visitas máximas combinadas para terapia según el Cuadro de beneficios y/o los Resúmenes del plan. Cualquier visita adicional deberá contar con la prescripción de un médico y la autorización previa del UABT.

Si su solicitud reúne los requisitos para la cobertura y dichos servicios no están excluidos en su plan específico (consulte el cuadro de beneficios para gastos médicos o los resúmenes del plan), los gastos cubiertos de fisioterapia o acupuntura para pacientes ambulatorios realizados por un "médico" o bajo su dirección por escrito (tal y como se define en la sección 29 de la parte V) estarán permitidos si el tratamiento es médicamente necesario para restablecer una función corporal deteriorada o para aliviar el dolor. Cuando lo preste otro facultativo, su evolución deberá ser supervisada periódicamente por el médico que lo prescribió.

No se abonarán beneficios por logopedia, a menos que el paciente tuviera un habla normal interrumpida o deteriorada por una enfermedad o lesión. La logopedia para los trastornos del desarrollo del habla de un hijo dependiente se considera un Gasto Cubierto sujeto a la prueba de necesidad médica.

No se pagarán beneficios por masoterapia, entrenamiento de la marcha, acupuntura para otros fines que no sean el tratamiento del dolor, terapia ocupacional que no se ajuste a la definición del plan o terapia dirigida a la mejora de las habilidades necesarias para las Actividades de la Vida Diaria (AVD), con la excepción de aquellas terapias necesarias para cumplir los beneficios Esenciales Mínimas exigidas por la ACA. Se requiere autorización previa para los servicios de acupuntura que se extiendan más allá de ocho (8) visitas.

### **Sección 15, Suministros médicos y terapéuticos duraderos**

Los gastos incurridos por suministros y equipos médicos durante la hospitalización se abonarán en virtud de los beneficios de servicios hospitalarios. Si el siniestro reúne los requisitos para recibir los beneficios Médicos Mayores, los gastos cubiertos por suministros médicos necesarios, incluyendo oxígeno, sillas de ruedas eléctricas de modelo estándar y equipos terapéuticos similares, serán admisibles con las siguientes restricciones:

- (a) el suministro, aparato o equipo debe ser ordenado por un médico;
- (b) el artículo cubierto debe ser estrictamente para uso en el tratamiento del paciente, y no para uso general de la familia;
- (c) si el artículo se puede alquilar en una casa de suministros médicos o quirúrgicos, el gasto cubierto no superará la cuota de alquiler por el número de meses de uso que el médico certifique como medicamento necesario;
- (d) El gasto cubierto por el alquiler no superará el Importe Máximo Permitido por el Plan para la compra del equipo;
- (e) si el artículo no se puede alquilar, debe tratarse de un artículo especializado que no se pueda obtener en una droguería normal o en tiendas departamentales.

No se abonarán beneficios por jacuzzi, spa, sauna, barras de pesas u otros equipos de ejercicio doméstico, aparatos de aire acondicionado doméstico, rampas u otras modificaciones del edificio doméstico para facilitar el acceso en silla de ruedas, accesorios de lujo, diseños de lujo o accesorios motorizados, aparatos ortopédicos para los pies, equipos de bronceado, artículos de confort personal, cómodas, dispositivos de ayuda a la higiene personal o cualquier artículo similar, independientemente de su prescripción o finalidad.

### **Sección 16, Prótesis**

Si el reclamo reúne los requisitos para recibir los beneficios de gastos médicos mayores, los gastos cubiertos incluirán: (a) la prótesis inicial para la sustitución de un miembro u ojo extirpado mientras el paciente era elegible bajo el Plan; (b) una prótesis inicial necesaria para corregir una deformidad congénita de un niño y prótesis de sustitución a medida que el niño madura; o, (c) la reparación de dicha prótesis

### **Sección 17, Servicios psicológicos, trastornos mentales y nerviosos**

El tratamiento generalmente reconocido de uno o más de los Trastornos Mentales, Nerviosos y del Comportamiento categorizados y definidos como tales en la edición más actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se pagará como cualquier otro reclamo.

Los gastos cubiertos para el tratamiento de los trastornos del espectro autista, incluido, entre otros, el análisis conductual aplicado, se limitarán a los hijos dependientes, tal y como se definen en la sección 4 de la parte I.

No se pagarán beneficios por: (a) asesoramiento matrimonial o familiar o (b) modificación del comportamiento, terapia educativa o cualquier otra terapia dirigida a problemas de aprendizaje, sin embargo, algunos beneficios de salud conductual pueden estar disponibles a través del programa de Telemedicina del UABT.

### **Sección 18, Servicios médicos a domicilio**

Los gastos cubiertos por los servicios médicos a domicilio incluyen los cuidados de enfermería especializada prestados por una enfermera titulada o una enfermera diplomada, las pruebas de laboratorio y/o radiografías diagnósticas, los suministros médicos, los medicamentos con receta y la fisioterapia que hubieran sido necesarios si el paciente hubiera permanecido en el hospital.

### **Sección 19, Cuidados paliativos**

Los gastos cubiertos para cuidados paliativos incluyen cualquier servicio realizado o suministro dispensado para el tratamiento de una enfermedad terminal cuya esperanza de vida se aproxime a seis (6) meses o menos, siempre que dichos servicios sean prestados por un proveedor aprobado por la Organización Nacional de Cuidados Paliativos y el UABT.

### **Sección 20, Derechos especiales tras el parto**

El UABT no restringe los beneficios para ninguna estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal regular, o a menos de 96 horas tras una cesárea, ni exige que un proveedor obtenga autorización del plan para prescribir una estancia que no supere los periodos mencionados.

### **Sección 21, Información genética**

La Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA) declara ilegal que los planes de salud colectivos y la mayoría de las empresas le discriminen por su información genética. El UABT no solicita información genética ni utiliza su información genética a la hora de tomar decisiones relativas a su elegibilidad o a las tasas de cotización/primas.

### **Sección 22, Servicios de planificación familiar**

Los gastos cubiertos incluyen los servicios de planificación familiar prestados por un proveedor contratado. Los servicios incluyen píldoras o parches anticonceptivos, preservativos, inyectables, diafragmas, DIU, servicios de anticoncepción de emergencia (por ejemplo, Plan B) y atención de seguimiento; exámenes ginecológicos; pruebas de embarazo y

asesoramiento médico; pruebas de detección y asesoramiento médico para infecciones de transmisión sexual, VIH, citologías vaginales e infecciones del tracto urinario o relacionadas con la mujer; y, esterilización masculina y femenina. Los tratamientos de fertilidad no están cubiertos.

### Sección 23, Pruebas genéticas

El Gasto Cubierto incluye las pruebas genéticas que sean médicamente necesarias para el diagnóstico (cuando los procedimientos diagnósticos convencionales no sean concluyentes); si los factores de riesgo del paciente o un historial familiar concreto indican una causa genética; cuando el paciente cumpla unos criterios definidos que le sitúen en un alto riesgo genético de padecer la enfermedad; si la prueba no se considera experimental; de investigación y es un procedimiento aprobado por los CMS; cuando la prueba la realiza un laboratorio con certificación CLIA; el resultado de la prueba influirá directamente en la gestión del tratamiento de la enfermedad; y si la prueba va acompañada de asesoramiento previo y posterior a la prueba. Las pruebas genéticas no son un gasto cubierto para el cribado de la población sin antecedentes personales o familiares, con la excepción del cribado de recién nacidos y el cribado de portadores antes de la concepción o prenatal para determinadas enfermedades, como la fibrosis quística, la enfermedad de Tay-Sachs, la anemia falciforme y otras hemoglobinopatías; con fines informativos; menores para enfermedades de inicio en la edad adulta y un familiar de un afiliado del plan que no sea también afiliado del plan.

### Sección 24, Atención preventiva

Cargos por servicios de atención preventiva. El UABT tiene la intención de cumplir con el requisito de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) de ofrecer cobertura dentro de la red para determinados servicios preventivos sin gastos compartidos. Los beneficios exigidos por la legislación de la ACA incluyen la Atención Preventiva, como las vacunas, las pruebas de detección y otros servicios que figuran como recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y los Centros Federales para el Control de Enfermedades (CDC). Consulte las siguientes páginas web para obtener más información:

- a) <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>;
- b) <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/>;
- c) <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html>;
- d) [https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity\\_schedule.pdf](https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf);
- e) <https://www.aap.org/en/practice-management/bright-futures/bright-futures-materials-and-tools/bright-futures-guidelines-and-pocket-guide/>
- f) <https://www.hrsa.gov/womensguidelines/>.

**NOTA:** Los servicios de Atención Preventiva identificados a través de los enlaces anteriores son servicios recomendados. Corresponde al Proveedor y/o Médico de atención determinar qué servicios prestar; el Administrador del Plan tiene autoridad para determinar qué servicios estarán cubiertos. Los servicios de Atención Preventiva estarán cubiertos al 100% para los Proveedores que no pertenezcan a la Red si no hay un Proveedor de la Red que pueda proporcionar un servicio preventivo requerido. Los beneficios incluyen los servicios de Atención Preventiva específicos de género, independientemente del sexo que se le haya asignado al participante al nacer, de su identidad de género o de su género registrado.

- a) **Servicios preventivos y de bienestar para adultos y niños** - En cumplimiento de la sección 2713 de la Ley de Atención Médica Asequible, los beneficios están disponibles para artículos o servicios basados en pruebas que tengan en vigor una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF).

Inmunizaciones que tengan en vigor una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) con respecto al individuo en cuestión. Con respecto a los bebés, los niños y los adolescentes, los cuidados preventivos y las pruebas de detección basados en pruebas, tal y como se establece en las directrices integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios Médicos (HRSA).

- a) **Servicios preventivos para la mujer:** con respecto a las mujeres, los cuidados preventivos y las pruebas de detección adicionales que se contemplan en las directrices integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios Médicos (HRSA) y que no se contemplan de otro modo en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF), que se conocerán comúnmente como Guías de cobertura obligatoria de los planes de salud de servicios preventivos para la mujer de la HRSA. La HRSA ha añadido las siguientes ocho categorías de servicios para la mujer a la lista de servicios preventivos obligatorios:

- 1) Visitas a la mujer sana.
- 2) Cribado de la diabetes gestacional.
- 3) Pruebas del ácido desoxirribonucleico (ADN) del virus del papiloma humano (VPH).
- 4) Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual.

- 5) Detección y asesoramiento sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- 6) Métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y asesoramiento anticonceptivo.
- 7) Suministros de apoyo a la lactancia y asesoramiento.
- 8) Detección de la violencia doméstica y asesoramiento.

Encontrará una descripción de los Servicios Preventivos para la Mujer en: <http://www.hrsa.gov/womensguidelines/>.

## **Sección 25, Costos rutinarios de los pacientes por participar en un ensayo clínico aprobado**

Los cargos por cualquier servicio Médicamente Necesario, para el que el Plan proporcione beneficios, cuando un Participante esté participando en un ensayo clínico de fase I, II, III o IV, realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento de una enfermedad potencialmente mortal.

Enfermedad o afección, según la definición de la ACA, siempre que:

- 1) El ensayo clínico está aprobado por cualquiera de los siguientes:
  - a) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
  - b) El Instituto Nacional de Salud.
  - c) La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos.
  - d) El Departamento de Defensa de EE. UU.
  - e) El Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.
  - f) Una junta de revisión institucional de una institución que tenga un acuerdo con la Oficina para la Protección de la Investigación Humana del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
- 2) La institución de investigación que lleve a cabo el Ensayo Clínico Aprobado y cada profesional médico que proporcione atención rutinaria al paciente a través de la institución, acuerdan aceptar el reembolso al Gasto Permitido aplicable, como pago total por la atención rutinaria proporcionada al paciente en relación con el Ensayo Clínico Aprobado.

Los siguientes artículos están excluidos de la cobertura de los ensayos clínicos aprobados por este Plan:

- 1) El costo de un nuevo medicamento o dispositivo en Investigación que no esté aprobado para ninguna indicación por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU., incluido un medicamento o dispositivo que sea objeto del Ensayo Clínico Aprobado.
- 2) El costo de un servicio que no sea un servicio de Asistencia médica, independientemente de si el servicio es necesario en relación con la participación en un Ensayo Clínico Aprobado.
- 3) El costo de un servicio que es claramente incoherente con las normas de atención ampliamente aceptadas y establecidas para un diagnóstico concreto.
- 4) Un costo asociado a la gestión de un ensayo clínico aprobado.
- 5) El costo de un servicio médico que esté específicamente excluido por el Plan.
- 6) Servicios que forman parte del objeto del Ensayo Clínico Aprobado y que habitualmente paga la institución de investigación que realiza el Ensayo Clínico Aprobado.

Si uno o más Proveedores participantes participan en el Ensayo Clínico Aprobado, el Participante del plan Calificado deberá participar en el Ensayo Clínico Aprobado a través de un Proveedor participante de la Red, si el Proveedor acepta al Participante en el ensayo.

El Plan no cubre los servicios rutinarios de atención al paciente que se presten fuera de la Red de proveedores de Asistencia médica de este Plan, a menos que se proporcionen beneficios fuera de la Red en virtud de este Plan.

## **Sección 26, Dejar de fumar**

Los gastos cubiertos para dejar de fumar incluyen los servicios médicamente necesarios prestados por un proveedor contratado y los medicamentos recetados aprobados por la FDA. El gasto cubierto se limita a dos (2) sesiones en 12 meses consecutivos.

## **Sección 27, Trasplantes**

Los gastos permitidos incurridos por los procedimientos de trasplante cubiertos durante el periodo de beneficios por trasplante de un afiliado o dependiente elegible serán pagaderos siempre que:

Usted o la persona a su cargo llaman al Departamento de Atención al Afiliado del UABT para que les remitan a un Centro de Excelencia. (Un Centro de Excelencia es un hospital que cuenta con instalaciones especializadas, médicos y otros profesionales cuya especialidad incluye los trasplantes de órganos. Debe utilizar un centro de excelencia, excepto cuando la organización de revisión médica del UABT apruebe una alternativa. Si no recurre a un Centro de Excelencia (salvo que la Revisión Médica apruebe otra alternativa), se aplicarán los beneficios fuera de la PPO a todos los cuidados relacionados con el trasplante de órganos.

El UABT reembolsará los siguientes Gastos Cubiertos incurridos como resultado de un Procedimiento de Trasplante cubierto para usted o su dependiente:

(a) Transporte del receptor y un acompañante hasta y desde el lugar del trasplante. Si el receptor es menor de edad, se cubrirá el transporte de dos personas que viajen con el menor. Se incluyen los gastos razonables y necesarios de alojamiento y comidas en los que incurran dichos acompañantes durante el trayecto, salvo que existe un límite diario de 200\$ para todos los gastos de alojamiento y comidas. El pago total de todos los gastos de transporte, alojamiento y comidas de todas las personas para el procedimiento de trasplante no excederá de 5.000 dólares.

(b) Habitación y comida en el hospital y suministros médicos.

(c) Diagnóstico, tratamiento y cirugía por un médico.

(d) Cuidados de enfermería a cargo de una enfermera titulada (R.N.) o una enfermera práctica titulada (L.P.N.)

(e) Alquiler de sillas de ruedas, camas de tipo hospitalario y otros equipos mecánicos necesarios para tratar la insuficiencia respiratoria.

(f) Servicio local de ambulancias, medicamentos, radiografías y otros servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio, oxígeno.

(g) Terapia de rehabilitación, incluida la logopedia (no para el entrenamiento de la voz o el ceceo), la audioterapia, la terapia visual, la terapia ocupacional y la fisioterapia.

(h) Apósitos y material quirúrgico

(i) Se proporcionarán beneficios del plan a un donante de órganos por los gastos cubiertos incurridos por un participante del UABT que reúna los requisitos, siempre que los gastos incurridos estén directamente relacionados con la cirugía de trasplante y no sean pagaderos por ningún otro plan médico en ausencia de la cobertura de este plan.

(j) El UABT pagará los gastos cubiertos de los siguientes procedimientos de trasplante:

1) Médula ósea

2) Corazón

3) Corazón/Pulmón

4) Hígado

5) Pulmón

6) Riñón/Páncreas

7) Riñón

8) Córnea

- l) No se pagarán beneficios por (i) órganos animales y/o mecánicos, salvo lo dispuesto anteriormente; (ii) cualquier gasto en el que usted no tendría que incurrir legalmente si no hubiera cobertura de beneficios; (iii) cuidados de custodia; (iv) si usted o su dependiente pierden la cobertura del Plan; (v) cualquier trasplante de órganos o tejidos necesario como consecuencia de una lesión o enfermedad accidental no cubierta por el UABT; y (vi) cualquier trasplante que se considere experimental.

## Sección 28, Aborto electivo

Los gastos permitidos incurridos por procedimientos de aborto electivo durante el periodo de beneficios de un afiliado o dependiente elegible serán pagaderos siempre que:

Usted o su dependiente llaman al Departamento de Servicios a los Miembros del UABT para determinar si el aborto es legal en su estado de residencia. Si el aborto electivo no es legal en su estado o en el de residencia de su dependiente, se le proporcionará el viaje al siguiente estado más cercano donde el aborto sea legal. Los gastos de viaje pueden estar cubiertos como se explica a continuación.

El UABT reembolsará los siguientes gastos cubiertos incurridos como consecuencia de un aborto electivo cubierto para usted o su dependiente:

(a) Habitación y comida en el hospital y suministros médicos.

(b) Diagnóstico, tratamiento y procedimiento por un médico.

(c) Cuidados de enfermería a cargo de una enfermera titulada (R.N.) o de una enfermera práctica titulada (L.P.N.).

(d) Servicios de diagnóstico y pruebas de laboratorio necesarios.

(e) Apósitos y material quirúrgico

(f) Si el aborto electivo no está cubierto en su estado o en el de residencia de su dependiente, se cubrirá el transporte de dos personas (la paciente y un acompañante). Se requiere derivación y autorización para viajar al estado más cercano. Se incluyen los gastos razonables y necesarios de alojamiento y comidas, salvo que existe un límite diario de 200\$ para todos los gastos de alojamiento y comidas. El pago total de todos los gastos de transporte, alojamiento y comidas de todas las personas para el procedimiento no superará los 5.000 dólares.

**Sección 29, Terapia de reemplazo hormonal**

Terapia de reemplazo hormonal (THS) con hormonas sintéticas, derivadas de animales o bioidénticas administradas a través de cualquier método médicamente necesario. Los servicios cubiertos incluyen las pruebas y análisis necesarios para determinar el tratamiento adecuado.

**Sección 30, Tratamiento del trastorno de identidad de género**

La cobertura de los beneficios médicos del Plan no se denegará ni limitará en función de la identidad de género real o percibida del individuo o porque este sea transexual. Además, los servicios médicos que ordinaria o exclusivamente pertenecen a un sexo no se denegarán al otro sexo o a un individuo que esté en proceso de someterse, o se haya sometido, a una transición de género.

El tratamiento para la transición transgénero estará sujeto a los términos y condiciones del plan que se aplican a las afecciones médicas cubiertas, incluidas, entre otras, la Necesidad Médica, la Revisión de la Utilización y las exclusiones para los servicios cosméticos.

Los servicios médicamente necesarios relacionados con la transición de género son un Gasto Cubierto si los servicios comparables también son cubiertos cuando no estén relacionados con la transición de género, incluidos, entre otros, la cirugía transgénero y la terapia hormonal, histerectomía, mastectomía, reconstrucción mamaria, tratamiento quirúrgico de la ginomastia, cirugía reconstructiva de anomalías genitales y entrenamiento vocal.

**Sección 31, Audífonos pediátricos**

La cobertura de audífonos para niños menores de 18 años está cubierta en Colorado y Oregón. Puede ser necesario compartir los gastos según lo permita la ley. Consulte su tabla de beneficios o el resumen del plan para obtener más información.

## **Parte XII, Beneficios del plan odontológico**

**Esta sección está destinada a ser utilizada junto con el Programa de beneficios para gastos odontológicos de su Plan odontológico elegido. Los beneficios odontológicos están disponibles para los gastos cubiertos incurridos por los Participantes del Plan elegibles. El pago del Plan se limitará a la Cuantía Máxima Permitida y/o a los máximos de beneficio definidos en el Programa de Gastos Odontológicos.**

### **Sección 1, Deducible**

Su Deducible figura en su Cuadro de beneficios para gastos odontológicos. Esta cantidad de Deducible es necesaria para cada miembro elegible de la familia por Año Calendario. El Deducible es la cantidad de Gasto Cubierto que deben incurrirse antes de que se abonen los beneficios. Los gastos que no se consideren Gastos Cubiertos no podrán utilizarse para satisfacer el deducible.

### **Sección 2, Porcentaje por pagar**

Su porcentaje a pagar figura en el Cuadro de beneficios de gastos odontológicos. Es el porcentaje de Gasto cubierto pagadero una vez satisfecho cualquier Deducible aplicable.

### **Sección 3, Máximo del plan**

El máximo de su plan figura en el Cuadro de beneficios de gastos odontológicos. Esta cantidad de Gastos Cubiertos es la suma de los beneficios pagaderas durante un Año Calendario.

### **Sección 4 Procedimientos odontológicos alternativos**

Si dos o más procedimientos, servicios o cursos de tratamiento pueden corregir satisfactoriamente una afección dental, se considerará para el pago el procedimiento menos costoso. Dicha determinación se hará a discreción del Plan basándose en las normas de atención profesionalmente avaladas.

### **Sección 5, Servicios odontológicos preventivos**

Los servicios odontológicos preventivos se detallan en su Programa de beneficios de gastos odontológicos y pueden incluir:

- (a) Exámenes y limpieza de rutina: Exámenes bucales de rutina y limpieza y pulido de rutina de los dientes. Limitado a dos (2) en un periodo de doce (12) meses.
- (b) Fluoruro: Aplicación tópica de fluoruro de estaño o de sodio. Puede limitarse a menores de 19 años. Consulte su cuadro de beneficios de gastos odontológicos para más información.
- (c) Paliativos: Tratamiento de urgencia para el alivio del dolor dental.
- (d) Profilaxis: véase "Exámenes y limpiezas de rutina".
- (e) Selladores: Aplicación de selladores en las fosas y fisuras de los dientes, con la intención de sellar los dientes y reducir la incidencia de caries. La cobertura se limita a la aplicación en la superficie oclusal (de mordida) de los molares permanentes que no presenten caries ni restauraciones previas. Puede limitarse a menores de 19 años. Consulte su cuadro de beneficios de gastos odontológicos para más información.
- (f) Radiografías: Radiografías de "boca completa" una (1) cada veinticuatro (24) meses y radiografías rutinarias de aleta de mordida dos (2) series cada doce (12) meses.

### **Sección 6, Servicios odontológicos básicos**

Los servicios odontológicos básicos se detallan en su cuadro de beneficios de gastos odontológicos y pueden incluir:

- a) Anestesia: Anestesia general cuando se administre en relación con cirugía oral o cuando el Plan la considere médicamente necesaria. Nota: No se cubren los gastos por separado de premedicación, anestesia local, analgesia o sedación consciente. Dichos servicios deben incluirse en el costo del procedimiento en sí (los Planes que he administrado cubren la sedación intravenosa y el óxido nitroso).
- b) Coronas restauradoras
- c) Coronas de acero inoxidable
- d) Sustitución de una corona, si la corona existente tiene al menos cinco (5) años de antigüedad y no puede hacerse útil. Consulte "Odontología cosmética" en la lista de Limitaciones y exclusiones odontológicas para conocer las restricciones sobre las restauraciones con carillas o revestimientos (es decir, "del color del diente"). Las coronas colocadas para ferulización periodontal no están cubiertas.
- e) Endodoncia: Servicios de endodoncia que incluyen, entre otros: tratamiento de conductos (excepto restauración final), pulpotomía, apicectomía y obturación retrógrada.
- f) Extracción: Véase "Cirugía oral".

- g) Empaste, NO PRECIOSO: Restauraciones de amalgama, silicato, composite y plástico, incluidos los pernos para retener una restauración de empaste cuando sea necesario. Nota: Para los dientes posteriores (detrás) del segundo premolar, se hará una asignación para empastes de amalgama. Véase “Odontología cosmética” en la lista de **limitaciones y exclusiones odontológicas**
- h) Inyecciones: Inyección de medicamentos antibióticos.
- i) Cirugía oral: Extracción de dientes, incluidas las extracciones simples y la extracción quirúrgica de dientes impactados por hueso o tejido. Otros tratamientos quirúrgicos y adyuvantes de enfermedades, lesiones y defectos de la cavidad oral y estructuras asociadas. Cubrimos las extracciones de muelas del juicio en virtud de la necesidad médica de verificar que debe decir extracciones simples o golpe impactadas. También cubriríamos las biopsias u otras cirugías de la boca junto con una DX médica bajo el plan médico normalmente)
- j) Patología: Servicios de laboratorio necesarios para los procedimientos odontológicos.
- k) Periodoncia: Tratamiento de las encías y los tejidos de la boca, incluido el raspado periodontal y el alisado radicular.
- l) Recementado: Recementado de una corona, incrustación, puente o dentadura postiza.
- m) Visitas, no rutinarias: Visitas al consultorio durante el horario habitual para el tratamiento y la observación de lesiones en dientes y estructura de apoyo. Visitas profesionales fuera de horario.
- n) Radiografías: Radiografías odontológicas no incluidas en Preventivo.

### **Sección 7, Servicios odontológicos principales**

Los Servicios odontológicos Mayores se detallan en su Programa de Beneficios de Gastos Odontológicos y pueden incluir:

- a) Coronas pilar.
- b) Implantes: Materiales implantados en o sobre hueso o tejido blando y todos los servicios o suministros relacionados, o la extracción de implantes, hasta la cantidad permitida para un puente o parcial. (Verificar)
- c) Onlays y Restauraciones de Oro: Colocación inicial de un inlay, onlay o empaste de oro cuando un diente no puede ser restaurado satisfactoriamente con una restauración de empaste menos costosa (por ejemplo, amalgama). Sustitución de una restauración inlay, onlay u oro, si la restauración existente tiene al menos cinco (5) años de antigüedad y no puede hacerse útil. Consulte “Odontología cosmética” en la lista de Limitaciones y exclusiones odontológicas para conocer las restricciones sobre las restauraciones “del color del diente”.
- d) Prótesis: Colocación inicial de una dentadura postiza total o parcial o de un puente para sustituir uno o más dientes naturales extraídos mientras la persona esté cubierta por el presente seguro. Cualquier beneficio realizado para una prótesis incluye los ajustes necesarios dentro de los seis (6) meses siguientes a su colocación. Sustitución o adición de dientes a una dentadura postiza total o parcial existente o a un puente, pero sólo si a) la sustitución o adición de dientes es necesaria debido a la extracción de uno (1) o más dientes naturales mientras la persona está cubierta en virtud del presente; b) la dentadura postiza o puente existente no puede hacerse útil y tiene al menos cinco (5) años; o, c) la dentadura postiza existente es una dentadura postiza temporal inmediata para sustituir uno (1) o más dientes naturales y se requiere la sustitución por una dentadura postiza permanente y tiene lugar dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de la instalación inicial de la dentadura postiza temporal inmediata.
- e) Reparaciones y ajustes: Reparación de una corona, incrustación, puente o dentadura o el rebasado de una dentadura. Ajustes de prótesis, pero sólo para los servicios prestados más de seis (6) meses después de la colocación.

### **Sección 8, Ortodoncia**

Si la ortodoncia es un gasto cubierto en el baremo de beneficios de gastos odontológicos aplicable, los servicios o suministros para la corrección de la mordida o maloclusión o para la alineación o recolocación de los dientes, incluidos:

- a) consulta inicial, modelos, radiografías y otros servicios de diagnóstico;
- b) colocación inicial de bandas o de aparato(s) de ortodoncia;
- c) ajustes periódicos; y
- d) retenedores.

Los beneficios de ortodoncia comenzarán cuando se presente la prueba de que se ha iniciado el programa de tratamiento de ortodoncia. Los pagos se dividirán en plazos iguales, basados en el número estimado de meses de tratamiento, y se pagará a lo largo del periodo de tratamiento, siempre que se presente una prueba de que el tratamiento continúa. El beneficio máximo por servicios de ortodoncia indicado en los “Máximos del plan” en el Programa de beneficios de gastos odontológicos aplicable. Este máximo se aplica a todo el periodo o periodos en que una persona esté cubierta por el presente seguro. Puede estar limitado a los menores de 19 años. Consulte su Programa de Beneficios de Gastos Odontológicos para más información.

### **Límites y exclusiones odontológicos**

Salvo que se indique específicamente, no se pagarán beneficios en virtud de este Plan por:

- (a) Servicios realizados para la recolocación quirúrgica de la mandíbula o únicamente por motivos estéticos.
- (b) Sustitución de un puente o dentadura postiza en los 5 años siguientes a la fecha original de instalación por cualquier motivo, incluida la pérdida o el robo, a menos que:
  - i. Necesidad debido a la colocación de un nuevo aparato contrario;
  - ii. Debido a la extracción de dientes naturales adicionales; o,
  - iii. El aparato, mientras estaba en la boca de la paciente fue dañado sin posibilidad de reparación por una lesión accidental.
- (c) Sustitución de cualquier puente o dentadura que sea satisfactoria o pueda hacerse satisfactoria.
- (d) Cualquier aparato o restauración, excepto las dentaduras completas, cuyo objetivo principal sea cambiar la posición de los dientes, estabilizar los dientes periodontales o restaurar y/o mantener la oclusión.
- (e) Dentaduras postizas o aparatos duplicados, independientemente del diagnóstico, o protectores bucales.
- (f) Procedimientos experimentales, formación en control de la placa o higiene bucal, o instrucción dietética.
- (g) Cargos por la no asistencia de un paciente a una cita programada o por la cumplimentación de formularios de reclamo.
- (h) Cargos por servicios odontológicos por los que la persona cubierta no está legalmente obligada a pagar.
- (i) Los cargos por servicios o suministros odontológicos, que estén cubiertos por cualquier otro plan de grupo, cubiertos o patrocinado por el empleador.
- (j) Cualquier cuidado, servicio de tratamiento o suministros por una Lesión o Enfermedad sufrida mientras realizaba cualquier acto o cosa perteneciente a cualquier ocupación o empleo remunerado o lucrativo.
- (k) Cualquier cuidado, tratamiento, servicio o suministro por el que la persona cubierta tenga derecho a beneficios en virtud de la Compensación de los Trabajadores o cualquier otra ley similar.
- (l) Cualquier cuidado, tratamiento, servicio o suministro resultante de una lesión o enfermedad sufrida durante el servicio activo en las fuerzas armadas.
- (m) Servicios y suministros no razonablemente necesarios, o no realizados habitualmente.
- (n) Pérdida causada o contribuida por una guerra o un acto de guerra, declarada o no.
- (o) Servicios realizados para la corrección de malformaciones congénitas o del desarrollo.
- (p) Los gastos de rebasado o rebase de una dentadura postiza/parcial dentro de los seis (6) primeros meses después de que el aparato fuera colocado.
- (q) Cargos por tratamiento adicional necesario por falta de cooperación del paciente con el odontólogo, o incumplimiento con los cuidados odontológicos prescritos, lo que conlleva una responsabilidad adicional.
- (r) Ajuste de los aparatos protésicos dentro de los seis (6) meses siguientes a la instalación inicial y no incluidos en el costo de dicho aparato.
- (s) Pónticos por razones distintas a la sustitución de dientes ausentes.
- (t) Cargos por caracterizaciones de coronas, dentaduras postizas o puentes.
- (u) Cargos por revestimientos, carillas o material similar colocado sobre coronas molares o pónticos.
- (v) Cargos por artículos para llevar a casa como enjuague de flúor, cepillos de dientes e hilo dental.
- (w) Cargos por cualquier procedimiento o aparato temporal, que no sea una corona temporal.
- (x) Cargos por aplicación de medicamentos desensibilizantes.
- (y) Cargos por servicios relacionados con trasplantes odontológicos.

## **Parte XIII, Beneficios del plan oftalmológico**

**Esta sección está destinada a ser utilizada junto con el Programa de beneficios oftalmológicos de su Plan oftalmológico elegido. Los beneficios oftalmológicos están disponibles para los gastos cubiertos en los que incurran los Participantes del Plan que reúnan los requisitos. El pago del Plan se limitará a la Cuantía Máxima Permitida y/o a los máximos de beneficio de finidos en el Programa de beneficios oftalmológicos.**

El UABT ofrece dos tipos de Planes oftalmológicos: un Plan de indemnización sin red y un Plan de red que utiliza la Red VSP de facultativos y proveedores que prestan los servicios oftalmológicos necesarios por un cargo mínimo para usted. Si tiene preguntas sobre su Plan de indemnización, llame a Servicios para afiliados al 1-800-223-4590. Para encontrar un proveedor de VSP participante en su zona, póngase en contacto con el Departamento de Atención al Cliente de VSP llamando al 1-800-877-7195.

Después del copago aplicable, el Proveedor Participante aceptará los honorarios como pago total del resto de los servicios cubiertos. Si opta por no acudir a un Proveedor Participante, el importe del beneficio para cada servicio figura en su Cuadro de beneficios oftalmológicos.

### **Sección 1, Importe del copago odontológico**

Su copago figura en el cuadro de beneficios oftalmológicos.

### **Sección 2, Importe máximo del beneficio oftalmológico**

Su beneficio máxima figura en el cuadro de beneficios oftalmológicos.

### **Sección 3, Beneficios del plan oftalmológico**

**Examen de la vista:** (cada 12 meses). Un análisis completo de los ojos para determinar la presencia de problemas oftalmológicos o anomalías.

**Lentes:** (cada 12 meses). El plan proporciona las lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares necesarias. Las lentes de policarbonato están cubiertas en su totalidad para los hijos dependientes hasta el final del mes en que cumplan 26 años.

**Lentes de contacto:** (cada 12 meses) Las lentes de contacto están disponibles una vez cada 12 meses en lugar de todas las demás beneficios de lentes y monturas disponibles en este seguro. Cuando se obtengan lentes de contacto, la Persona Cubierta no podrá optar de nuevo a lentes y monturas durante 12 meses. Consulte el Cuadro de beneficios oftalmológicos para conocer la cobertura de las lentes necesarias y electivas. Pueden aplicarse copagos.

**Monturas:** (cada 24 meses). Ofrece una selección de monturas estándar. Si selecciona una montura que cuesta más que el estándar, o una montura grande que requiera lentes de gran tamaño, habrá un cargo adicional para Usted.

## **DISPOSICIONES DEL PLAN**

**Costos adicionales:** El Plan está diseñado para cubrir sus necesidades visuales, no los materiales cosméticos. Si selecciona cualquiera de los siguiente y su Proveedor Participante de VSP no recibe la aprobación previa, puede haber un cargo extra para usted y puede ser añadido a su elección:

- Procesos cosméticos opcionales.
- Revestimiento antirreflectante.
- Revestimiento de color.
- Revestimiento de espejo.
- Revestimiento antiarañazos.
- Lentes mixtas.
- Lentes cosméticas.
- Lentes laminadas.
- Lentes de gran tamaño.
- Lentes de policarbonato.
- Lentes fotocromáticas, lentes tintadas excepto rosa No. 1 y rosa No. 2.
- Lentes multifocales progresivas.

- Lentes con protección UV (ultravioleta).
- Ciertas limitaciones en la atención a la licencia oftalmológica.
- Un almacén que cuesta más que el subsidio del Plan.
- Lentes de contacto (excepto en los casos indicados en este documento).
- Servicios y/o materiales no indicados en su cuadro de beneficios oftalmológicos.

**Experimental:** Un tratamiento de carácter experimental es aquel que no se utiliza de forma universal o no está aceptado por el cuidado de un oftalmólogo, según determine el VSP.

**Autorización previa:** Ciertos beneficios requieren una autorización previa a VSP antes de ser cubiertos. Si desea más información con respecto a los criterios de VSP para autorizar o denegar beneficios, puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención al Cliente de VSP en 1-800-877-7195.

### **Cómo utilizar su programa de servicios oftalmológicos**

Las solicitudes de reembolso de la red para la atención oftalmológica son pagadas por Vision Service Plan, P.O. Box 254500, Sacramento, CA 95865. Sin embargo, para utilizar el Plan correctamente, usted debe:

1. Llame al Vision Service Plan para obtener un listado de los médicos afiliados al 1-800-877-7195.
2. Seleccione un médico afiliado y concierte una cita. Dentro de los límites del Plan, deberá pagar un Copago del plan por todos los servicios de un proveedor participante en el VSP.

### **Límites y exclusiones oftalmológicas**

No se proporcionarán beneficios oftalmológicos:

- (a) **Servicios requeridos por el empleo:** Cualquier examen ocular, o cualquier lente correctiva que sea requerida por un empleador como una condición de empleo.
- (b) **Cargos excluidos:** Cargos excluidos o limitados por el diseño del Plan tal y como se indica en este documento.
- (c) **Sin cambio de graduación:** Gafas adquiridas cuando la graduación de las lentes no ha cambiado.
- (d) **Atención no profesional:** Examen de la vista realizado por un profesional que no sea un oftalmólogo u optometrista colegiado.
- (e) **Lentes sin graduar:** Lentes que no corrigen el error de refracción (lentes planas) o que no se obtienen al prescripción de un oftalmólogo, optometrista u óptico.
- (f) **Ortótica:** Servicios o suministros relacionados con la ortótica, el entrenamiento visual u otros procedimientos especiales.
- (g) **Queratotomía radial/Lasik/Otra cirugía de corrección refractiva:** Cirugía para corregir un defecto refractivo.
- (h) **Sustitución:** Sustitución de lentes o monturas perdidas o rotas.
- (i) **Gafas de sol:** Gafas de sol o lentes fotosensibles.
- (j) **Formación:** Cargos por entrenamiento visual o ayudas oftalmológicas subnormal.
- (k) **Citas rotas**
- (l) **Sin obligación de pago:** Cargos incurridos por los que el Plan no tiene obligación legal de pagar.
- (m) Gafas o anteojos de seguridad.
- (n) Ortótica o entrenamiento visual y cualquier prueba complementaria asociada; lentes planas (menos de una potencia de  $\pm 0,50$  dioptrías); o dos pares de gafas en lugar de bifocales;
- (o) Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos;
- (p) Tratamiento correctivo oftalmológico de carácter experimental;
- (q) Costos por servicios y/o materiales superiores a los beneficios del Plan

## **Parte XIV, Solicitud de beneficios**

### **Sección 1, Cómo presentar una solicitud de beneficios médica, de medicamentos recetados, odontológicos u oftalmológicos**

Los reclamos serán adjudicados después de una revisión completa y justa de acuerdo con los términos del UABT y la ley aplicable por el Administrador del Plan que tiene la autoridad final para administrar el Plan.

Para presentar un reclamo:

- 1) Lleve consigo su tarjeta de identificación del UABT al hospital, al médico o al odontólogo.
- 2) No se requiere ningún formulario de reclamo especial del UABT. Usted o su proveedor pueden enviar cualquier formulario de reclamo estandarizado o factura médica utilizada por la consulta del proveedor directamente al Departamento de Reclamos del UABT o a su Organización de Proveedores Preferentes (PPO) para su tramitación. Las facturas aceptables incluyen cualquier formulario que incluya la fecha del servicio, el diagnóstico, el tratamiento, el nombre y la fecha de nacimiento del paciente y el nombre, la dirección y el número de identificación del UABT del afiliado cubierto.
- 3) Puede optar por obtener un formulario de reclamo del UABT de su empleador, del representante local del servicio o de la oficina de la Fundación antes de acudir al hospital o al médico. Si es así, deberá rellenar *por completo* la sección de este formulario de reclamo que le corresponda, firmar la Autorización para divulgar información que figura en el formulario y dejarlo en la oficina de su proveedor para que lo envíen junto con su reclamo.
- 4) El Plan del UABT no permite ni reconoce la “cesión de beneficios”, que muchos proveedores exigen como condición para el pago. Si usted firma dicha “cesión de beneficios”, el UABT la considerará como su autorización para remitir el pago directamente a su proveedor de Asistencia médica. El UABT remitirá el pago directamente a su proveedor si usted así lo autoriza, pero el Plan del UABT no permite ni reconoce ninguna cesión de reclamos o derechos legales de ningún proveedor de Asistencia médica para emprender ninguna acción legal contra el UABT.
- 5) Usted, o el proveedor, pueden adjuntar facturas adicionales al reclamo si cada factura indica claramente el nombre del paciente, la(s) fecha(s) de cada servicio, lo que se hizo en cada fecha, la tarifa de cada servicio y el diagnóstico implicado. Las facturas que haya pagado en su totalidad deben estar claramente marcadas para evitar errores en el reembolso.
- 6) Es posible que usted o el proveedor deban presentar una prueba escrita de que se han efectuado los gastos o de que el beneficio está cubierto por el plan. Si usted o el proveedor no nos facilitan la documentación proporcionada, la solicitud podrá ser denegada.
- 7) La confirmación de la elegibilidad o la confirmación de los beneficios por parte de un proveedor no garantiza el pago de los beneficios. Todas las solicitudes de reembolso están sujetas a las disposiciones, limitaciones y exclusiones. Las declaraciones y representaciones orales no anulan las disposiciones del Plan.
- 8) Las facturas de los medicamentos recetados deben mostrar el nombre del paciente, la fecha de compra, el nombre del médico que los receta y el nombre del medicamento. Los recibos de caja no son aceptables.

### **Sección 2, Procedimiento de reclamo**

En el caso de reclamos posteriores al servicio, el UABT tramitará sus reclamos en un plazo razonable, pero no más tarde de treinta (30) días tras la recepción del reclamo. Este plazo podrá prorrogarse hasta quince (15) días en caso de que sea necesaria información y/o documentación adicional para respaldar el reclamo. Si dicha prórroga fuera necesaria, el UABT indicará la información necesaria para decidir sobre el reclamo y usted o su representante dispondrán de al menos cuarenta y cinco (45) días a partir de la recepción de la notificación para proporcionar la información especificada.

### **Sección 3, Pago de siniestros médicos**

Se le enviará un cheque, o una explicación de beneficios (EOB), lo antes posible una vez recibida su reclamo. Si sus beneficios fueron asignadas a un proveedor de servicios, se le notificará la liquidación en el momento en que se envíe el cheque del proveedor. El pago de los beneficios puede retrasarse si no se recibe toda la información necesaria junto con el reclamo o si esta no incluye las facturas desglosadas. Los pagos caducan a los 180 días si no son cobrados por el proveedor o el afiliado. Un Proveedor o Participante puede solicitar que se reemita un pago caducado en el plazo de un (1) año a partir de la fecha del pago original. Sólo se concederá un (1) pago reemitido. Los pagos caducados que no se soliciten en el plazo de un (1) año a partir de la fecha de pago original y los pagos reemitidos que no se cobren en el plazo de 180 días se devolverán al Fideicomiso y no se volverán a emitir.

Una “factura detallada” es aquella que incluye el nombre del paciente, cada fecha de servicio, lo que se hizo en cada fecha, el cargo por cada servicio y los diagnósticos tratados. Una factura del tipo “saldo pendiente de pago” o “saldo aplazado” no está desglosada y no puede tramitarse para su pago.

Si la factura corresponde a un medicamento recetado, deberá incluirse el nombre del paciente, el nombre del medicamento, el nombre del médico que lo recetó y la fecha de compra. No se acepta un recibo de caja.

La “Información necesaria” incluye su nombre completo tal y como figura en los registros de elegibilidad del Fideicomiso, su fecha de nacimiento, el número de identificación del UABT y su dirección actual. Si el reclamo es para uno de sus dependientes, también deberá indicarse el nombre del dependiente, su fecha de nacimiento y su relación con usted.

Cuando se vea afectado el pago de beneficios, la “información necesaria” también podrá incluir: (a) la prueba de que el servicio fue ordenado por un médico, (b) la información sobre el pago efectuado por otro plan de beneficios, (c) los detalles del accidente, (d) la información sobre la responsabilidad de terceros y (e) los historiales médicos, odontológicos o laborales.

#### **Sección 4, Siniestros de vida y muerte accidental/desmembramiento**

La compañía de seguros que ha suscrito el Programa de Beneficios del Seguro de Vida del Fideicomiso abona las solicitudes de beneficios por fallecimiento o desmembramiento. Sin embargo, para evitar retrasos en la tramitación de las solicitudes, se deben seguir los siguientes pasos a la hora de solicitar estos beneficios:

- (a) El beneficiario designado o el representante de la sucesión del difunto deberá ponerse en contacto con el Departamento de Servicios a los Miembros del UABT (1-800-223-4590) para obtener los formularios de solicitud y las instrucciones de presentación.
- (b) En el momento de la solicitud, el administrador del plan informará al beneficiario de todos los documentos necesarios para completar la presentación del reclamo.

#### **Sección 5, Plazos de presentación de reclamos**

Es importante presentar un reclamo dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del servicio para asegurar el pago. Si no presenta un reclamo dentro del plazo de noventa (90) días, ello no invalidará necesariamente su reclamo si no le fue razonablemente posible hacerlo, siempre que la presente lo antes posible a partir de ese momento. Sin embargo, en ningún caso se aceptará un reclamo más de doce (12) meses después de la fecha en que se prestó el servicio.

Si se ha recibido un reclamo, pero está retenida a la espera de recibir la información adicional necesaria para procesar los cargos, deberá recibirse una respuesta aceptable en un plazo de ciento veinte (120) días a partir de la solicitud por escrito, o el reclamo será denegado.

#### **Sección 6, Procedimiento de denegación de solicitudes de reembolso de gastos médicos, de medicamentos con receta, odontológicos u oftalmológicos**

Toda solicitud de beneficios en virtud del plan deberá presentarse por escrito al Departamento de Reclamos del UABT. Si se deniega total o parcialmente una solicitud de beneficios médicos, de medicamentos recetados, oftalmológicas u odontológicas, el Departamento de Reclamos le notificará las medidas adoptadas al respecto.

Si es necesaria una denegación, dicha denegación deberá: (a) notificarse por teléfono para los procedimientos urgentes o por escrito para los reclamos ya efectuados (b) hacerse por escrito, de forma que pueda ser comprendida por la persona media, (c) contener el motivo específico de la denegación del reclamo, (d) enviarse dentro de los plazos prescritos por la ley y (e) incluir una explicación del procedimiento de revisión de reclamos.

#### **Sección 7, Determinación adversa de beneficios**

Una “determinación adversa de beneficios” es cualquier decisión del UABT que implique la denegación, reducción o finalización de un beneficio. Cuando el UABT tome una determinación adversa sobre el beneficio, el UABT proporcionará una notificación adecuada de la decisión.

#### **Sección 8, Procedimientos de revisión y apelación para medicamentos recetados denegados**

Si se le deniega total o parcialmente una solicitud de medicación con receta, tiene derecho a apelar esta decisión ante la Red de Beneficios Farmacéuticos (PBN) del UABT. Este proceso de apelación consistirá en una revisión y evaluación completa y exhaustiva de la denegación de la medicación.

Si no está de acuerdo con la determinación del PBN, tiene derecho a solicitar su revisión y apelación a través del UABT.

#### **Sección 9, Procedimientos de revisión y apelación de las solicitudes de reembolso de gastos médicos, medicamentos con receta, odontológicos u oftalmológicos rechazadas**

- 1) Si se deniega total o parcialmente una solicitud de beneficios o si hay una determinación adversa de los beneficios, usted, o un representante de su elección, puede solicitar una revisión de la decisión en un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha en que reciba la notificación de denegación o limitación por parte del Comité de Apelaciones del UABT.
- 2) La solicitud de revisión debe realizarse por escrito, dirigida al Comité de Apelaciones del UABT, c/o United Agricultural Benefit Trust Claims, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606-5105, teléfono 1(800)223.4590. Deberá indicar el motivo por el que solicita la revisión e incluir cualquier información adicional que pueda ayudar al Comité de Apelaciones a evaluar su reclamo.

- 3) Una vez revisada el reclamo, si se revoca la denegación, el reclamo en disputa se pagará conforme a las disposiciones del plan.
- 4) Una vez revisada el reclamo y confirmada la denegación, el Comité de Apelaciones del UABT: (1) se lo notificará por escrito en un plazo de setenta y dos (72) horas en el caso de las autorizaciones relacionadas con la atención urgente; quince (15) días en el caso de otras autorizaciones; y, sesenta (60) días en el caso de los reclamos médicos posteriores al beneficio del servicio. El aviso de denegación incluirá una copia de las disposiciones específicas del Plan que afecten a la denegación; y (3) le informará sobre cómo presentar una apelación ante el Consejo de Administración; le proporcionará pruebas o fundamentos nuevos o adicionales y una oportunidad razonable para responder a los mismos antes de tomar una decisión definitiva sobre el reclamo.
- 5) Si no está de acuerdo con las conclusiones alcanzadas por el Comité de Apelaciones del UABT, puede presentar una apelación por escrito o solicitar una audiencia formal del Consejo de Administración en un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la recepción de los resultados de la revisión del Comité de Apelaciones del UABT. La apelación por escrito deberá incluir (1) su nombre, dirección y número de identificación del UABT, (2) el nombre del paciente, (3) el número de reclamo y la fecha de la notificación de denegación, (4) los hechos específicos sobre los que se basa su apelación y, (5) todos los documentos y pruebas que tenga que respalden dichos hechos.
- 6) Toda apelación deberá dirigirse a la Junta de Fideicomisarios, c/o United Agricultural Benefit Trust, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606-5105, a la atención del Asesor Legal del Fideicomiso.
- 7) La consideración de la Junta de Síndicos se basará en su declaración escrita a menos que solicite una audiencia formal. Si solicita una audiencia, esta se celebrará en la siguiente reunión programada de la Junta de Fideicomisarios en el lugar previsto para la reunión, previo aviso por escrito a todas las partes con 10 días de antelación. Aunque no es necesario, puede estar representado por un abogado de su elección en la audiencia.
- 8) El Consejo de Fideicomisarios tiene plena autoridad discrecional para interpretar el Plan y tomar decisiones sobre la admisibilidad y el pago de las solicitudes. A continuación, los fideicomisarios llevarán a cabo una evaluación completa y justa del recurso y basarán su decisión en la información disponible en el momento de la consideración.
- 9) El Consejo de Fideicomisarios, a través del Asesor Jurídico del UABT, le enviará por correo una decisión por escrito sobre la apelación en un plazo de setenta y dos (72) horas para las autorizaciones que impliquen atención urgente (si procede), quince (15) días para otras autorizaciones y treinta (30) días para reclamos médicos después de que se haya revisado la apelación. La decisión final de los Administradores deberá (1) estar redactada de forma que pueda ser entendida por una persona regular; (2) incluir la razón o razones específicas de la decisión; y (3) contener una referencia específica a las disposiciones pertinentes del Plan en las que se basa la decisión.
- 10) Debe completar el proceso de reclamo del UABT antes de presentar una acción ante los tribunales impugnando la denegación de un reclamo (deben agotarse todos los recursos administrativos). Cualquier impugnación judicial de la denegación de un reclamo debe ser presentada por el paciente. El cesionario de los beneficios no tiene derecho a iniciar una impugnación judicial del reclamo denegado.

## **Sección 10, Revisión independiente**

Si su apelación a la Junta de Fideicomisarios se refería a una cuestión de criterio médico o a la rescisión de la cobertura (y usted no participa en un Plan de estado de salud con cláusula de exención) y la Junta de Fideicomisarios confirmó la denegación de su beneficio, usted tiene derecho a solicitar una revisión externa de su reclamo en un plazo de ciento veinte (120) días a partir de la fecha de recepción de la notificación de denegación del beneficio por parte del Fideicomisario. Una vez recibida su solicitud de revisión externa, el UABT deberá completar una revisión preliminar de su solicitud en un plazo de cinco (5) días hábiles para determinar si (a) usted estaba cubierto por el UABT cuando se le proporcionó el tratamiento; (b) la denegación del beneficio no estaba relacionada con su derecho a recibir beneficios; (c) usted ha agotado el proceso interno de apelación del UABT (a menos que no esté obligado a hacerlo en virtud de la normativa sobre apelaciones); y (d) usted ha proporcionado toda la información y los formularios necesarios para tramitar la revisión externa. A continuación, el UABT enviará la apelación a una organización de revisión independiente (IRO) acreditada para que realice la revisión externa junto con los documentos y cualquier información que se haya tenido en cuenta para realizar la denegación del beneficio. La IRO revisará el reclamo “de novo”, empezando desde el principio, y no estará vinculada por ninguna decisión o conclusión alcanzada en el marco del proceso interno de reclamos y apelaciones del UABT.

- 1) Dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la recepción de la solicitud de revisión externa, la IRO deberá notificar por escrito la decisión final de revisión. Esta notificación se entregará tanto a usted como al UABT. Contendrá (a) una descripción general del motivo de la solicitud externa; (b) la fecha en que

la IRO recibió el encargo de realizar la revisión y la fecha de la decisión de la IRO; (c) referencia a las pruebas o documentación consideradas para llegar a la decisión; (d) discusión del motivo o motivos principales de la decisión de la IRO; (e) declaración de que puede disponer de una revisión judicial; y (f) el número de teléfono de cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros de salud.

2) Si la decisión de la IRO es revocar la denegación de beneficios del plan, este deberá proporcionar inmediatamente la cobertura o el pago del reclamo.

### **Sección 11, Procedimiento de apelación en caso de denegación de beneficios del seguro de vida**

Los beneficios de su seguro de vida son gestionados por separado por una aseguradora de vida independiente. No obstante, para apelar una denegación de los beneficios del seguro de vida, deberá dirigir cualquier apelación por escrito tal y como se ha descrito anteriormente para los reclamos médicos. Su apelación se remitirá entonces a la aseguradora correspondiente y se responderá de forma similar a la descrita para la revisión de los reclamos médicos.

### **Sección 12, Información y servicio de reclamos**

Si necesita ayuda bilingüe para presentar un reclamo o información sobre los beneficios, llame o escriba *al Departamento de Atención al Afiliado del UABT, 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105, (949) 975.1424, (800) 223.4590, Fax (949) 892.1120.*

Si requiere de ayuda bilingüe para presentar un reclamo o para información de beneficios, llame o escriba a *UABT Member Service Department, 54 Corporate Park, Irvine California 92606-5105, (949) 975.1424, (800) 223.4590, Fax (949) 892.1120.*

### **Sección 13, Nombramiento del representante autorizado**

Usted puede designar a otra persona para que sea un representante autorizado y actúe en su nombre y se comunique con el Plan con respecto a un reclamo de beneficios específico o a la apelación de una denegación. Esta autorización deberá constar por escrito, estar firmada y fechada por usted e incluir toda la información requerida en el formulario de representante autorizado. Puede solicitar el formulario correspondiente al Administrador del Plan.

El Plan permitirá que, en una situación de urgencia médica, como un reclamo relacionado con la Atención de Urgencia, el profesional médico tratante del Reclamante actúe como representante autorizado del Reclamante sin necesidad de cumplimentar el formulario de representante autorizado.

Si un Reclamante designa a un representante autorizado, todas las comunicaciones futuras del Plan se llevarán a cabo con el representante autorizado en lugar de con el Reclamante, a menos que el Administrador del Plan reciba una notificación por escrito en contrario por parte del Reclamante. Un Reclamante puede revocar al representante autorizado en cualquier momento. Un Reclamante sólo puede autorizar a una persona como representante autorizado a la vez.

El reconocimiento como representante autorizado es independiente de que un Proveedor acepte una cesión de beneficios, exija una divulgación de información o solicite la cumplimentación de un formulario similar. La cesión de beneficios por parte de un Reclamante no se reconocerá como una designación del Proveedor como representante autorizado para procedimientos legales y otros asuntos similares. La cesión y sus limitaciones en virtud de este Plan se describen a continuación.

### **Sección 14, Pago de beneficios**

Cuando el pago de los beneficios sea admisible de acuerdo con los términos del UABT, el pago se efectuará en dólares estadounidenses (salvo que el Administrador del Plan acuerde lo contrario). El pago se efectuará, a discreción del Administrador del Plan, a un cesionario de una asignación de beneficios, pero en cualquier caso podrá efectuarse alternativamente al Reclamante, en cuyo nombre se efectúa el pago y que es el beneficiario de los servicios por los que se efectúa el pago. En caso de que el Reclamante haya fallecido, el pago se efectuará al heredero, cesionario, agente o patrimonio del Reclamante (de acuerdo con las instrucciones por escrito) o, si no existe tal acuerdo y a discreción del Administrador del Plan, al instituto y/o Proveedor que proporcionó la atención y/o los suministros por los que se debe efectuar el pago, independientemente de que se haya producido una cesión de beneficios.

El proveedor médico que acepta la Cesión de Beneficios lo hace como contrabeneficio total por los servicios prestados y queda obligado por las normas y disposiciones establecidas en los términos de este documento. (La cesión de beneficios no permite al proveedor entablar acciones legales contra el Fideicomiso - cualquier acción legal deberá ser entablada por el afiliado).

### **Sección 15, Recuperación de pagos**

Ocasionalmente, los beneficios se pagan más de una vez, se pagan en base a una facturación incorrecta o a una declaración errónea en una prueba de siniestro o en la información de afiliación, no se pagan de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones o Exclusiones del Plan, o de otro modo no deberían haber sido pagados por el Plan. Como tal, este Plan puede pagar beneficios que posteriormente se compruebe que son superiores al Cargo Máximo Permitido. En este caso, este Plan puede recuperar el importe del sobrepago de la fuente a la que se pagó, de los pagadores primarios

o de la parte en cuyo nombre se pagó el cargo o cargos. Como tal, siempre que el Plan pague beneficios que excedan el importe de los beneficios pagaderos según los términos del Plan, el Administrador del Plan tiene derecho a recuperar dicho pago erróneo directamente de la persona o entidad que recibió dicho pago y/o de otros pagadores y/o del Solicitante o Dependiente en cuyo nombre se efectuó dicho pago.

El Solicitante, la Persona a cargo, el Proveedor, otro plan de beneficios, la aseguradora o cualquier otra persona o entidad que reciba un pago superior al importe de los beneficios pagaderos según los términos del Plan o en cuyo nombre se haya efectuado dicho pago, deberá devolver o reembolsar al Plan el importe de dicho pago erróneo en un plazo de 30 días a partir de su descubrimiento o demanda. El Administrador del Plan no tendrá obligación alguna de garantizar el pago del gasto para el que se efectuó el pago erróneo o al que se aplicó.

La persona o entidad que reciba un pago erróneo no podrá aplicar dicho pago a otro gasto. El Administrador del Plan tendrá la facultad exclusiva de elegir quién reembolsará al Plan un pago erróneo y si dicho pago se reembolsará en una suma global. Cuando un Reclamante u otra entidad no cumpla con las disposiciones de esta sección, el Administrador del Plan tendrá la autoridad, a su entera discreción, de denegar el pago de cualquier reclamo de beneficios por parte del Reclamante y de denegar o reducir los beneficios futuros pagaderos (incluyendo el pago de beneficios futuros por otras Lesiones o Enfermedades) bajo el Plan por el monto adeudado como reembolso al Plan. El Administrador del Plan también podrá, a su entera discreción, denegar o reducir los beneficios futuros (incluidos los beneficios futuros por otras Lesiones o Enfermedades) en virtud de cualquier otro plan de beneficios colectivo mantenido por el Patrocinador del Plan. Las reducciones equivaldrán al importe del reembolso exigido.

Los proveedores y cualquier otra persona o entidad que acepte un pago del Plan o a quien se le haya asignado un derecho a beneficios, en consideración a los servicios prestados, pagos y/o derechos, acuerdan estar obligados por los términos de este Plan y acuerdan presentar los reclamos de reembolso en estricta conformidad con las leyes de práctica de atención médica de su Estado, las normas CIE o CPT, las pautas de Medicare, las normas HCPCS u otras normas aprobadas por el Administrador del Plan o el asegurador. Cualquier pago efectuado sobre reclamos de reembolso que no se ajuste a las disposiciones anteriores deberá ser devuelto al Plan en un plazo de 30 días a partir del descubrimiento o la demanda o incurrirá en intereses de demora del 1,5% mensual. Si el Plan debe iniciar una acción contra un Reclamante, Proveedor u otra persona o entidad para hacer cumplir las disposiciones de esta sección, dicho Reclamante, Proveedor u otra persona o entidad acepta pagar los honorarios de los abogados y las costas del Plan, independientemente del resultado de la acción.

Además, los Reclamantes y/o sus Dependientes, beneficiarios, patrimonio, herederos, tutor, representante personal o cesionarios (Reclamantes) cederán o se considerará que han cedido al Plan su derecho a recuperar dichos pagos efectuados por el Plan, de cualquier otra parte y/o recuperación a la que el/los Reclamante(s) tenga(n) derecho, por o en relación con afección(es) adquirida(s) en el centro, error(es) del Proveedor o daños derivados de un acto u omisión de otra parte por los que no se haya reembolsado ya al Plan.

El Plan se reserva el derecho a deducir de cualquier beneficio debidamente pagadera en virtud de este Plan el importe de cualquier pago que se haya efectuado por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- 1) Por error.
- 2) Como consecuencia de una declaración errónea contenida en una prueba de siniestro o de un acto fraudulento.
- 3) En virtud de una declaración falsa realizada para obtener la cobertura de este Plan dentro de los dos años siguientes a la fecha de inicio de dicha cobertura.
- 4) Con respecto a una persona no elegible.
- 5) En previsión de obtener una recuperación si un Reclamante incumple las disposiciones de Recuperación de Terceros, Subrogación y Reembolso del Plan.
- 6) En virtud de un reclamo por la que se puedan recuperar beneficios en virtud de cualquier póliza o ley que prevea la cobertura de lesiones o enfermedades profesionales, en la medida en que se recuperen dichos beneficios. No se considerará que esta disposición (6) obliga al Plan a pagar los beneficios de este Plan en ninguno de estos casos.

La deducción podrá efectuarse contra cualquier reclamo de beneficios en virtud de este Plan por parte de un Reclamante o de cualquiera de sus Dependientes cubiertos si dicho pago se realiza con respecto al Reclamante o a cualquier persona cubierta o que haga valer su cobertura como Dependiente del Reclamante.

Si el Plan trata de recuperar fondos de un Proveedor, debido a que un reclamo se ha realizado por error, a que un reclamo es fraudulento por parte del Proveedor, y/o a que el reclamo es el resultado de una declaración errónea del Proveedor, dicho Proveedor deberá, como parte de su asignación a los beneficios del Plan, abstenerse de facturar al Reclamante cualquier cantidad(es) pendiente(s).

## **Parte XV, Información sobre ERISA y declaración de derechos**

La siguiente información se facilita de conformidad con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, 29 U.S.C. 1001 y siguientes) y describe sus derechos a presentar un reclamo, sus responsabilidades y el proceso de apelación de un reclamo denegada.

### **Sección 1, Nombre y tipo de administración del plan**

El Plan se conoce como United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust, United Agricultural Benefit Trust o UABT, y es administrado por un Consejo de Fideicomisarios (que son participantes del Plan y elegidos por los empleados participantes) establecido según las disposiciones del Acuerdo de Fideicomiso del United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust.

### **Sección 2, Patrocinador del Plan**

La United Agribusiness League creó el Plan y el Fideicomiso. Usted y las personas a su cargo que reúnan los requisitos podrán recibir, previa solicitud por escrito, información sobre si un empleador o una organización de empleadores en particular participa en el Plan y, en caso afirmativo, su dirección.

### **Sección 3, Nombre y dirección del fideicomisario**

El Fideicomisario Institucional que controla los activos del UABT es el Bank of America. Puede ponerse en contacto con el Fideicomisario Institucional en Bank of America, 231 South LaSalle Street, Chicago, IL 60697.

### **Sección 4, Nombre y dirección del administrador del plan**

United Agribusiness League (UnitedAg o UAL) es el Administrador del Plan de United Agricultural Benefit Trust. Puede ponerse en contacto con el Administrador del Plan en United Agribusiness League, 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

UAL es responsable de comunicar la información relativa a este Plan a las agencias gubernamentales apropiadas y a los participantes del Plan, de acuerdo con los requisitos de ERISA.

### **Sección 5, Nombre y dirección del administrador de beneficios**

United Agribusiness League (UnitedAg o UAL) es el Administrador de Beneficios de United Agricultural Benefit Trust; sin embargo, la Junta de Fideicomisarios de UABT tiene la autoridad de apelación final para las apelaciones de determinaciones adversas de beneficios. Puede ponerse en contacto con el Administrador de Beneficios en United Agribusiness League, 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

### **Sección 6, Notificación de procesos judiciales**

UABT es una entidad legal. La notificación legal puede ser presentada ante, y el proceso legal notificado al Administrador del Plan, El proceso legal para United Agricultural Benefit Trust puede ser notificado a United Agribusiness League ubicado en 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

### **Sección 7, Fuente de financiación del plan**

El UABT se financia con las cotizaciones abonadas al Fideicomiso por los empleadores participantes y, en caso necesario, con las cotizaciones de los asegurados. Los beneficios se pagan directamente con cargo a los fondos fiduciarios.

### **Sección 8, Nombre y dirección de la aseguradora Stop Loss**

La Junta de Fideicomisarios ha contratado con Great Midwest Insurance Co. referida como la póliza de seguros por exceso de pérdidas, para proporcionar un seguro por exceso de pérdidas específico y agregado al UABT. Puede ponerse en contacto con la aseguradora para exceso de pérdidas en Great Midwest Insurance Co., 800 Gessner, Houston, TX 77024.

### **Sección 9, Nombre y dirección de las organizaciones para el mantenimiento de la salud**

La Junta de Síndicos ha contratado con varias organizaciones de mantenimiento de la salud los servicios médicos para los participantes del UABT que han elegido la cobertura a través de planes independientes de atención gestionada. Puede ponerse en contacto con las HMO de la siguiente manera:

Vision Service Plan, 3333 Quality Drive, Rancho Cordova, CA 95670.

### **Sección 10, Nombre y dirección de la compañía de seguro de vida colectivo a término**

El Consejo de Administración ha contratado con UNUM, a la que se hace referencia como la compañía de seguros de vida colectivos a plazo fijo, para que proporcione un seguro de vida colectivo a plazo fijo al UABT. Puede ponerse en contacto con la aseguradora de vida en UNUM, 1 Fountain Square, Chattanooga, TN, 37402.

### **Sección 11, Año fiscal del plan**

El cierre del ejercicio fiscal del United Agricultural Benefit Trust es el 31 de diciembre.

### **Sección 12, Número del Servicio de Impuestos Internos**

El número de identificación fiscal asignado a United Agricultural Benefit Trust es el 33-0013118.

### **Sección 13, Modificaciones del plan**

El Consejo de Administración del UABT tiene autoridad para modificar o poner fin al plan de vez en cuando si lo considera necesario.

### **Sección 14, Número del plan**

El número de plan del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos para United Agricultural Benefit Trust es No. 501

### **Sección 15, Activos del fondo**

Los activos y reservas del Plan pueden invertirse en cuentas de ahorro, certificados de depósito, otros equivalentes de efectivo, tesorerías, bonos, acciones y bienes inmuebles de conformidad con el Art. 4.7 del Código de Seguros de California.

### **Sección 16, Determinados derechos en virtud de ERISA**

Como partícipe del UABT, tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, 29 U.S.C. 1001 y siguientes). ERISA especifica que todos los participantes en el Plan tendrán derecho a:

- a) Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan copias del último informe anual (Formulario Serie 5500) presentado por el UABT ante el Departamento de Trabajo de EE. UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.
- b) Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, copias del último informe anual (Formulario Serie 5500) y de la descripción resumida actualizada del plan. El Administrador del Plan podrá fijar un cargo razonable por las copias.
- c) Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del Plan está obligado por ley a entregar a cada partícipe una copia de este Informe Anual Resumido.
- d) Continuará la cobertura médica para el empleado y las personas a su cargo que reúnan los requisitos si se produce una pérdida de la cobertura del UABT como consecuencia de un Evento Calificativo. Es posible que usted y/o su(s) dependiente(s) elegible(s) tenga(n) que pagar por dicha cobertura. Revise esta SPD y los documentos que rigen el Plan sobre las normas que rigen los derechos de Continuación de Cobertura COBRA del Participante.

Además de crear derechos para los partícipes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de las operaciones del Plan. Las personas que gestionan el Plan, denominadas "fiduciarios" del Plan, tienen la obligación de hacerlo con prudencia y en interés de los participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluida su empresa o cualquier otra persona, puede despedir a un empleado participante o discriminarlo de cualquier otro modo para impedir que obtenga un beneficio del Plan o que ejerza sus derechos en virtud de ERISA.

Si su solicitud de beneficio es denegada, total o parcialmente, deberá recibir una explicación por escrito del motivo de la denegación. Tiene derecho a que el Plan revise y reconsidere su solicitud (consulte el apartado 16 de la Parte XV). En virtud de ERISA, existen medidas que puede tomar para hacer valer los derechos mencionados. Por ejemplo, si solicita materiales y no los recibe en un plazo de treinta (30) días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al Administrador del Plan que le proporcione los materiales y que le pague hasta 110 \$ al día hasta que los reciba, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones ajenas al Administrador del Plan.

Si ocurriera que los fiduciarios del Plan hacen un uso indebido del dinero del Plan, o si un partícipe es discriminado por hacer valer sus derechos, puede solicitar ayuda al Departamento de Trabajo de EE. UU. o puede presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios del abogado. Si el participante tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona demandada que pague estos costos y honorarios. Si por el contrario pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si considera que el reclamo o la demanda son frívolos.

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe ponerse en contacto con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA, debe ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de EE.UU. que figure en su guía telefónica; con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Oficina Regional de Los Ángeles,

1055 East Colorado Blvd., Suite 200, Pasadena, California 91101, (626) 229.1000; o con la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de EE.UU., 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

**Sección 17, Determinados derechos a través del Departamento de Seguros de California**

Si cree que la totalidad o parte del reclamo ha sido denegada o rechazada injustamente, además de sus derechos a apelar la denegación de beneficios al UABT, puede hacer que el asunto sea revisado por el Departamento de Seguros de California, División de Servicios al Consumidor, 300 South Spring Street, Los Ángeles, CA 90013; (800) 927.4357.

## **Parte XVI, HIPAA y Aviso de prácticas de privacidad**

### **Sección 1, Compromiso de protección de la información médica**

El UABT cumplirá con las Normas de Privacidad de la Información médica Individualmente Identificable (es decir, la “Regla de Privacidad”) establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (“HHS”) en virtud de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (“HIPAA”). Dichas normas controlan la difusión de la “información médica protegida” (“PHI”) de los participantes. Las normas de privacidad se han implementado y aplicado en las oficinas de los fideicomisarios, el administrador del plan y cualquier otra entidad que pueda ayudar en el funcionamiento del plan.

El UABT considera que todos los pacientes mayores de quince (15) años tienen derecho a la privacidad en lo que respecta a su atención médica. Pero la Explicación de Beneficios se seguirá enviando al miembro hasta que el dependiente tenga dieciocho (18) años o sea un menor emancipado, a menos que el paciente solicite lo contrario por escrito al UABT. Además, los pacientes de doce (12) años o más que reciban servicios delicados según la ley de California pueden solicitar que la explicación de beneficios y las comunicaciones se envíen al paciente de forma confidencial a un lugar designado por el paciente. Para más información, consulte las Secciones 56.107, 56.10 y 56.11 del Código Civil de California, las Secciones 121020, 123110(a) y 123115(a) del Código de Salud y Seguridad de California y las Secciones 6924, 6925, 6926, 6927 y 6928 del Código Familiar de California.

La ley obliga al UABT a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de su información médica protegida y la de la(s) persona(s) dependiente(s), y a informarle al respecto:

- 1) Las divulgaciones y usos de la información PHI por parte del Plan.
- 2) Los derechos de privacidad del participante con respecto a su PHI.
- 3) Las obligaciones del Plan con respecto a su PHI.
- 4) El derecho del participante a presentar una queja ante el Plan y ante el secretario del HHS.
- 5) La persona u oficina con la que debe ponerse en contacto para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan.

El UABT proporciona a cada participante un Aviso de Prácticas de Privacidad por separado. Este Aviso describe cómo el Plan utiliza y divulga su información médica personal. También describe ciertos derechos que usted tiene con respecto a esta información. Puede obtener copias adicionales del Aviso de prácticas de privacidad del UABT llamando al (800) 223.4590.

Dentro de esta disposición se podrán utilizar términos en mayúsculas, pero no se definirán de otro modo. Estos términos tendrán el mismo significado que los términos establecidos en 45 CFR Secciones 160.103 y 164.501. Cualquier modificación de la normativa de la HIPAA que altere un término definido de la HIPAA o una cita normativa se considerará incorporada a esta disposición.

### **Sección 2, Definiciones**

- 1) Por infracción se entiende una adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizados de Información médica Protegida (“PHI”) o Información médica Electrónica Protegida (“ePHI”) que infrinja la Regla de Privacidad de la HIPAA y que comprometa la seguridad o privacidad de la información.
- 2) La Información médica Protegida (“PHI”) se refiere a la información médica identificable individualmente, tal y como se define en la HIPAA, que es creada o recibida por el UABT y que está relacionada con la salud o el estado físico o mental pasado, presente o futuro de una persona; el beneficio de Asistencia médica a una persona; o el pago pasado, presente o futuro por el beneficio de Asistencia médica a una persona; y que identifica a la persona o para la que existe una base razonable para creer que la información puede utilizarse para identificar a la persona. La PHI incluye información de personas vivas o fallecidas.

### **Sección 3, Cómo puede utilizarse y divulgarse la información médica**

En general, las Reglas de Privacidad permiten al UABT utilizar y divulgar, la cantidad mínima necesaria, la PHI de un individuo, sin obtener autorización, sólo si el uso o divulgación es para cualquiera de los siguientes fines:

- 1) Efectuar el pago de los beneficios.
- 2) Si el uso o la divulgación entra dentro de una de las circunstancias limitadas descritas en las normas (por ejemplo, la divulgación es exigida por ley o para actividades de salud pública).

### **Sección 4, Usos y divulgaciones principales de la PHI**

Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención médica: El UABT tiene derecho a utilizar y divulgar la PHI de un Participante para todas las actividades incluidas en las definiciones de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención médica y de conformidad con la Regla de Privacidad de la HIPAA.

Asociados comerciales: El UABT contrata a personas y entidades (Asociados Comerciales) para que realicen diversas funciones en su nombre. En el desempeño de estas funciones o para prestar servicios, los Asociados Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán la PHI, pero sólo después de que el Plan y el Asociado Comercial

acuerden por escrito los términos del contrato que exigen que el Asociado Comercial salvaguarde adecuadamente la información del Participante.

Otras entidades cubiertas: El Plan también puede divulgar o compartir la información PHI con otras compañías de seguros (como Medicare, etc.) para coordinar los beneficios, si un participante tiene cobertura a través de otra compañía.

### **Sección 5, Divulgación de la PHI al patrocinador del plan con fines de administración del plan**

Para que el UABT pueda recibir y utilizar la PHI con fines de administración del plan, el UABT y el administrador del plan se comprometen a:

- 1) No utilizar ni divulgar la PHI más allá de lo permitido o requerido por los documentos del Plan o de lo exigido por la ley (tal y como se define en las Normas de Privacidad).
- 2) Asegurarse de que cualquier agente, incluido un subcontratista, a quien el Administrador del Plan proporcione la Información Confidencial de Salud recibida del Plan, acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a dicha Información Confidencial de Salud.
- 3) Mantener la confidencialidad de toda la PHI, a menos que un individuo dé su consentimiento o autorización específica para divulgar dichos datos o a menos que los datos se utilicen para el pago de la atención médica o las operaciones del Plan.
- 4) Recibir información genética protegida, en ausencia de una autorización expresa del individuo, sólo para llevar a cabo las funciones de administración del Plan. No utilizar ni divulgar información genética con fines de suscripción.
- 5) Informar al Administrador del Plan de cualquier uso o divulgación de la Información Protegida de Salud que sea incompatible con los usos o divulgaciones previstos de los que tenga conocimiento el Patrocinador del Plan.
- 6) Poner a disposición la PHI de acuerdo con la sección 164.524 de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.524).
- 7) Poner a disposición la PHI para su modificación e incorporar cualquier enmienda a la PHI de acuerdo con la sección 164.526 de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.526).
- 8) Poner sus prácticas internas, libros y registros relativos al uso y divulgación de la información PHI recibida del Plan a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ("HHS"), o de cualquier otro funcionario o Empleado del HHS en quien se haya delegado la autoridad correspondiente, a los efectos de determinar el cumplimiento por parte del Plan de la parte 164, subparte E, de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.500 y siguientes).
- 9) De ser factible, devolver o destruir toda la Información Protegida de Salud recibida del Plan que el Administrador del Plan aún conserve en cualquier forma y no retener ninguna copia de dicha Información Protegida de Salud cuando ya no sea necesaria para el propósito para el cual se hizo la divulgación, excepto que, si dicha devolución o destrucción no es factible, limitar los usos y divulgaciones posteriores a aquellos propósitos que hacen que la devolución o destrucción de la Información Protegida de Salud no sea factible.

El Plan puede optar por no tratar a la persona como representante personal del Participante si tiene una creencia razonable de que el Participante ha sido, o puede ser, objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona, no es en el mejor interés del Participante tratar a la persona como su representante personal, o tratar a dicha persona como su representante personal podría poner en peligro al Participante.

Divulgación a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.: El Plan está obligado a divulgar los datos de PHI del participante a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. cuando la Secretaría esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con la Regla de Privacidad de la HIPAA.

### **Sección 6, Derechos del participante**

El participante tiene los siguientes derechos en relación con su PHI:

- 1) Solicitar restricciones: El Participante tiene derecho a solicitar restricciones adicionales en el uso o divulgación de la PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El Participante puede solicitar que el Plan restrinja las divulgaciones a familiares, parientes, amigos u otras personas identificadas por él que participen en su atención o en el pago de su atención. El Plan no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas.
- 2) Derecho a recibir comunicaciones confidenciales: El Participante tiene derecho a solicitar que se le comunique su PHI de una determinada manera o en un determinado lugar. La solicitud debe hacerse por escrito y de qué manera desea el Participante que se comuniquen con él. El Plan atenderá todas las solicitudes razonables.
- 3) Derecho a recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad: El afiliado tiene derecho a recibir una copia en papel del Aviso de Prácticas de Privacidad del plan en cualquier momento. Para obtener una copia en papel, póngase en contacto con el Responsable de Privacidad.

4) Contabilidad de las divulgaciones: El Participante tiene derecho a solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones que el Plan haya hecho de su PHI. La solicitud debe hacerse por escrito y no se aplica a las divulgaciones para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertos otros fines. El participante tiene derecho a dicha rendición de cuentas por los seis años anteriores a su solicitud. Salvo lo dispuesto a continuación, para cada divulgación, la rendición de cuentas incluirá:

(a) la fecha de la divulgación, (b) el nombre de la entidad o persona que recibió la PHI y, si se conoce, la dirección de dicha entidad o persona; (c) una descripción de la PHI divulgada, (d) una declaración del propósito de la divulgación que informe razonablemente al Participante de la base de la divulgación, y alguna otra información. Si el participante desea realizar una solicitud, póngase en contacto con el responsable de privacidad.

5) Acceso: El Participante tiene derecho a solicitar la oportunidad de ver u obtener copias de la PHI que el Plan mantiene sobre él/ella en ciertos registros que mantiene el Plan. Si el Participante solicita copias, se le podrá cobrar una cuota para cubrir los costos de copiado, envío y otros suministros. Si un Participante desea inspeccionar o copiar la PHI, o que se transmita una copia de su PHI directamente a otra persona designada, deberá ponerse en contacto con el Funcionario de Privacidad. La solicitud para transmitir la PHI directamente a otra persona designada debe hacerse por escrito, estar firmada por el Participante y el destinatario debe estar claramente identificado. El Plan debe responder a la solicitud del Participante en un plazo de 30 días (en algunos casos, el Plan puede solicitar una prórroga de 30 días). En circunstancias muy limitadas, el Plan puede denegar la solicitud del Participante. Si el Plan deniega la solicitud, el Participante puede tener derecho a una revisión de dicha denegación.

6) Modificación: El Participante tiene derecho a solicitar que el Plan cambie o enmiende su PHI. El Plan se reserva el derecho de exigir que esta solicitud se haga por escrito. Presente la solicitud al Funcionario de Privacidad. El Plan puede negar la solicitud del Participante en ciertos casos, incluyendo si no está por escrito o si no proporciona una razón para la solicitud.

7) Otros usos y divulgaciones no descritos en esta sección sólo pueden hacerse con autorización del Participante. El Participante puede revocar esta autorización en cualquier momento.

## **Sección 7, Preguntas o quejas**

Si el Participante desea más información sobre las prácticas de privacidad del Plan, tiene preguntas o inquietudes, o cree que el Plan puede haber violado sus derechos de privacidad, póngase en contacto con el Plan utilizando la siguiente información. El Participante puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o con el Plan. El Plan proporcionará al Participante la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si así lo solicita.

El Plan no tomará represalias contra el Participante por presentar una queja ante el Plan o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

## **Sección 8, Información de contacto**

Información de contacto del responsable de privacidad:

Jayson Welter, J.D., M.A..

Consejero General

UnitedAg

54 Corporate Park

Irvine, CA 92606.5105

Teléfono: (800) 223.4590

Fax: 1(949) 892.1363

[jwelter@unitedag.org](mailto:jwelter@unitedag.org)

## **Parte XVII Seguridad HIPAA**

### **Sección 1, Divulgación de Información médica protegida (“PHI Electrónica”) al Patrocinador del Plan para Funciones de Administración del Plan**

NORMAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL (“NORMA DE SEGURIDAD”)

La Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y otras leyes aplicables prevalecerán sobre lo siguiente siempre que exista un conflicto, o un término o términos no estén definidos en el presente documento.

La Regla de Seguridad impone normas para mantener la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información médica protegida que cree, reciba, conserve o mantenga electrónicamente que se conserve en formato electrónico (ePHI), tal y como exige la HIPAA.

### **Sección 2, Definiciones**

La información médica protegida electrónicamente (ePHI), tal y como se define en la sección 160.103 de las normas de seguridad (45 C.F.R.160.103), hace referencia a la información médica identificable individualmente transmitida o conservada en cualquier medio electrónico.

Por incidentes de seguridad, tal y como se definen en la Sección 164.304 de las Normas de Seguridad (45 C.F.R. 164.304), se entiende el acceso, uso, divulgación, modificación o destrucción no autorizados, tentados o con éxito, de información o la interferencia con el funcionamiento de los sistemas en un sistema de información.

### **Sección 3, Obligaciones del UABT**

Para permitir que el UABT reciba y utilice la PHI electrónica para las funciones de administración del plan (tal y como se define en 45 CFR §164.504(a)), el UABT se compromete a:

- 1) Implementar salvaguardas administrativas, físicas y técnicas que protejan de forma razonable y adecuada la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la Información Protegida de Salud Electrónica que cree, reciba, mantenga o transmita en nombre del Plan.
- 2) Garantizar que cualquier agente, incluido un subcontratista, a quien el UABT proporcione la PHI electrónica creada, recibida, mantenida o transmitida en nombre del Plan, acepte implementar salvaguardas administrativas, físicas y técnicas razonables y adecuadas para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la PHI electrónica e informar al Plan de cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento.
- 3) Informar al UABT de cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento.
- 4) Establecer salvaguardas para la información, incluyendo sistemas de seguridad para el procesamiento y almacenamiento de datos.
- 5) No utilizar ni divulgar la PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro plan de beneficios o beneficios del Empleado del Patrocinador del Plan, excepto en virtud de una autorización que cumpla con los requisitos de las Normas de Privacidad.
- 6) Asegúrese de que se establece una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan, tal y como se exige en la sección 164.504(f)(2)(iii) de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.504(f)(2)(iii)):
  - (a) Los siguientes Empleados, o clases de Empleados, u otras personas bajo control del Patrocinador del Plan, tendrán acceso a la PHI que se divulgará:
    - (i) Oficial de Privacidad, Asesor Jurídico
    - (ii) Contacto de privacidad, vicepresidente ejecutivo y CFP
    - (iii) Oficial de Seguridad, Chana Hauben, Vicepresidenta de Recursos Humanos
    - (iv) Departamento de Reclamos
    - (v) Departamento de Atención al Socio
    - (vi) Departamento de Atención al Cliente
    - (vii) Departamento de Tecnología de la Información.
  - (b) El acceso y el uso de la PHI por parte de las personas identificadas anteriormente estará restringido a las funciones de administración del plan que realizan el UABT y el administrador del plan.

### **Sección 4, Divulgación de determinada información de inscripción al patrocinador del plan**

De acuerdo con la sección 164.504(f)(1)(iii) de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.504(f)(1)(iii)), el UABT puede revelar al Patrocinador del Plan información sobre si un individuo está participando en el Plan o está inscrito o se ha dado de baja en los beneficios ofrecidos por el Plan.

## **Sección 5, Divulgación de la PHI para obtener una cobertura de póliza de seguros por exceso de pérdidas**

Por la presente, el Patrocinador del Plan podrá autorizar y dar instrucciones al Plan, a través del Administrador del Plan o del Tercero Administrador, para que divulgue la Información Protegida de Salud (PHI) a las aseguradoras de exceso de pérdidas o a los suscriptores generales gerenciales ("MGUs") para la suscripción y otros fines a fin de obtener y mantener la cobertura de exceso de pérdidas relacionada con los reclamos de beneficios del Plan. Dichas divulgaciones se realizarán de acuerdo con las Normas de Privacidad.

## **Sección 6, Resolución de incumplimiento**

En caso de que cualquier persona autorizada de la plantilla del Empresario utilice o divulgue Información médica Protegida de forma distinta a la permitida por las Normas de Privacidad, se informará del incidente al Responsable de Privacidad. El Responsable de Privacidad tomará las medidas oportunas, entre las que se incluyen:

- 1) Investigación del incidente para determinar si la infracción se produjo inadvertidamente, por negligencia o deliberadamente; si existe un patrón de infracciones; y el grado de daño causado por la infracción.
- 2) Aplicar las sanciones apropiadas a las personas causantes de la infracción, que, dependiendo de la naturaleza de la infracción, pueden incluir una amonestación oral o escrita, formación adicional o el despido.
- 3) Mitigar cualquier daño causado por la infracción, en la medida de lo posible.
- 4) Documentación del incidente y de todas las medidas adoptadas para resolver el problema y mitigar los daños.
- 5) Formar a los empleados en los requisitos de protección de la privacidad y nombrar a un responsable de dicha protección.
- 6) Divulgar la PHI del participante al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. cuando el Secretario esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con la Regla de Privacidad de la HIPAA.

## **Parte XVIII, Leyes federales**

### **Sección 1, Ley contra la discriminación por embarazo**

Cualquier beneficio médico proporcionado por el Fideicomiso debe cubrir los gastos derivados de afecciones relacionadas con el embarazo en las mismas condiciones que los gastos derivados de otras afecciones médicas. No se exigen Beneficios médicos para los gastos derivados de abortos, salvo cuando la vida de la madre esté en peligro. Los gastos relacionados con el embarazo se reembolsarán exactamente igual que los incurridos por otras afecciones médicas, tanto si el pago se efectúa sobre una base fija como sobre la base de un porcentaje de los gastos razonables y habituales.

### **Sección 2, Ley de no discriminación por información genética (“GINA”)**

“GINA” prohíbe que los planes de salud colectivos discriminen en función de la información genética.

El término “información genética” significa, con respecto a cualquier individuo, información sobre cualquiera de los siguientes aspectos:

- 1) Las pruebas genéticas de dicho individuo.
- 2) Las pruebas genéticas de los miembros de la familia de dicho individuo.
- 3) La manifestación de una enfermedad o trastorno en los miembros de la familia de dicho individuo.

El término “información genética” incluye la participación en investigaciones clínicas que impliquen servicios genéticos. Las pruebas genéticas incluyen el análisis de ADN, ARN, cromosomas, proteínas o metabolitos humanos que detectan genotipos, mutaciones o cambios cromosómicos. La información genética es una forma de Información médica Protegida (PHI) tal y como se define en la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y está sujeta a las Normas de Privacidad y Seguridad aplicables.

Los miembros de la familia en lo que se refiere a GINA incluyen a las personas a cargo, además de todos los parientes hasta el cuarto grado, sin tener en cuenta si están emparentados por consanguinidad, matrimonio o adopción. La suscripción en lo que se refiere a GINA incluye cualquier norma para determinar la elegibilidad, calcular las primas o cotizaciones y aplicar las limitaciones por afecciones preexistentes. Ofrecer primas reducidas u otras recompensas por facilitar información genética sería una suscripción no permitida.

GINA no prohibirá que un Proveedor de Asistencia médica que esté tratando a una persona solicite que el paciente se someta a pruebas genéticas. Las normas permiten al Plan obtener los resultados de las pruebas genéticas y utilizarlos para tomar determinaciones sobre el pago de los reclamos cuando sea necesario hacerlo para determinar si el tratamiento proporcionado al paciente era médicamente aconsejable y/o necesario.

El UABT puede solicitar, pero no exigir, pruebas genéticas en determinadas circunstancias muy limitadas relacionadas con la investigación, siempre y cuando los resultados no se utilicen para la suscripción, y sólo con la notificación por escrito a la persona de que la participación es voluntaria y no afectará a la elegibilidad para recibir beneficios o cotizaciones. Además, el Plan notificará y describirá su actividad al secretario de Salud y Servicios Humanos de sus actividades que entren dentro de esta excepción.

El UABT podrá recopilar información genética después de la inscripción inicial, pero no podrá hacerlo en relación con ningún proceso de renovación anual en el que la recopilación de información afecte a la inscripción posterior. El Plan no ajustará ni aumentará las contribuciones de grupo basándose en la información genética, no solicitará ni exigirá pruebas genéticas ni recopilará información genética antes de la inscripción ni en relación con esta, ni con fines de suscripción.

### **Sección 3, Ley de Licencia Familiar y Médica**

Si un Empleado cubierto cesa en el empleo activo debido a una Baja Médica Familiar aprobada por el Empleador, la disponibilidad de cobertura continuará bajo los mismos términos y condiciones que se habrían aplicado si el Empleado hubiera continuado en el empleo activo. Las cotizaciones se mantendrán en los mismos niveles Empleador/Empleado que estaban en vigor en la fecha inmediatamente anterior a la licencia (a menos que cambien los niveles de cotización para otros Empleados en las mismas clasificaciones).

### **Sección 4, Ley de Paridad en Salud Mental de 1996 (MHPA) y Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008 (MHPAEA)**

“Las disposiciones sobre paridad en materia de salud mental” significarán que, en el caso de un plan de salud colectivo (o de una cobertura de seguro médico ofrecida en relación con dicho plan) que proporcione tanto beneficios médicos y quirúrgicos como beneficios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias, dicho plan o cobertura garantizará el cumplimiento de todos los requisitos siguientes:

- 1) Los requisitos financieros aplicables a dichos beneficios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias no son más restrictivos que los requisitos financieros predominantes aplicados a prácticamente todas las beneficios médicos y quirúrgicas cubiertas por el Plan (o la cobertura).
- 2) No existen requisitos de reparto de costos por separado que sean aplicables únicamente con respecto a los beneficios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias, si estos beneficios están cubiertos por el plan de salud colectivo (o se ofrece una cobertura de seguro médico en relación con dicho plan).

3) Las limitaciones de tratamiento aplicables a dichos beneficios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias no son más restrictivas que las limitaciones de tratamiento predominantes aplicadas a prácticamente todas los beneficios médicos y quirúrgicas cubiertas por el Plan (o cobertura).

4) No existen limitaciones de tratamiento separadas que sean aplicables únicamente con respecto a los beneficios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias, si estos beneficios están cubiertos por el plan de salud colectivo (o se ofrece cobertura de seguro médico en relación con dicho plan).

### **Sección 5, Orden de manutención infantil médica calificada (QMSCO)**

La OBRA 1993 exige que un hijo Dependiente elegible de un Empleado incluirá a un hijo que sea adoptado por el Empleado o cónyuge Dependiente cubierto obligado a proporcionar cobertura debido a una Orden Médica de Manutención Infantil que sea determinada por el Administrador del Plan como una Orden Médica Calificada de Manutención Infantil (QMSCO). Una QMSCO también incluirá una sentencia, decreto u orden emitida por un tribunal de jurisdicción competente o a través de un proceso administrativo establecido por la ley estatal y que tenga fuerza y efecto de ley según la ley estatal y que satisfaga los requisitos de la QMSCO de ERISA §609(a). (Puede obtener una copia de los procedimientos QMSCO del administrador del plan sin cargo alguno).

### **Sección 6, Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres (NMHPA)**

El UABT no restringe los beneficios por una estancia hospitalaria cubierta durante el embarazo (para el parto) para la madre y el recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal o 96 horas tras una cesárea. Además, no se aplicará ningún requisito de revisión de la utilización para el ingreso hospitalario para esta duración mínima de la estancia y sólo se permitirá el alta temprana si el proveedor de Asistencia médica que la atiende, en consulta con la madre, decide que el alta es apropiada.

### **Sección 7, Ley sobre los Derechos de la Mujer a la Salud y el Cáncer (WHCRA)**

Los beneficios del Fondo incluyen la cobertura de los siguientes servicios y suministros posteriores a la mastectomía cuando se presten de la forma que se determine en consulta entre el médico que la atiende y la paciente:

- 1) Reconstrucción de la mama en la que se ha realizado una mastectomía;
- 2) Cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico;
- 3) Prótesis mamarias; y
- 4) Complicaciones físicas de todas las fases de la mastectomía, incluidos las linfedemas.

### **Sección 8, Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA)**

Los empleados que abandonan su puesto de trabajo para prestar servicio en las fuerzas uniformadas de Estados Unidos (las "Fuerzas Uniformadas") tienen derecho a la continuación de la cobertura para ellos y las personas a su cargo en virtud de este Plan durante un máximo de 24 meses mientras permanezcan en los Servicios Uniformados. Tanto si se elige la cobertura continuada como si no, los empleados tienen derecho a ser reincorporados cuando vuelvan a ser contratados, generalmente sin periodos de carencia ni exclusiones, salvo en caso de enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio.

### **Sección 9, Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa**

Cuando reciba atención de urgencia o le trate un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, estará protegido frente a la facturación sorpresa o de saldo.

- 1) ¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando acuda a un médico o a otro proveedor de Asistencia médica, es posible que deba pagar ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro y/o una franquicia. Puede tener otros gastos o tener que pagar la factura completa si acude a un proveedor o visita un centro médico que no pertenece a la red de su plan de salud.

- 2) "Fuera de la red" describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden estar autorizados a facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el importe total cobrado por un servicio. Esto se llama "**facturación del saldo**". Es probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y puede que no cuente para el límite anual de gastos de su bolsillo.

- 3) La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted **no puede** controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una urgencia o cuando programa una visita en un centro de la red, pero inesperadamente le atiende un proveedor fuera de la red.

- 4) Está protegido contra la facturación de saldos por:

- a) Servicios de emergencia

Si padece una urgencia médica y recibe servicios de urgencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el importe de la participación en los gastos

dentro de la red de su plan (como los copagos y el coseguro). **No se le puede** facturar el saldo de estos servicios de urgencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

5) Determinados servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red

Cuando reciba servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, es posible que algunos proveedores de allí estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el importe de la participación en los gastos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de urgencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico internista o servicios intensivos. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

6) Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones frente a la facturación de saldos. Tampoco se le exige que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

7) Cuando no se permite la facturación de saldo, también tiene las siguientes protecciones:

a) Usted sólo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.

b) Por lo general, su plan de salud debe:

i. Cubrir los servicios de urgencia sin exigirle que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).

ii. Cubrir los servicios de urgencia prestados por proveedores fuera de la red.

iii. Basar lo que debe al proveedor -o centro (gastos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o centro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.

iv. Contar cualquier cantidad que pague por servicios de urgencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de su bolsillo.

8) Si cree que se le ha facturado erróneamente, puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención al Afiliado del UABT llamando al (800)223.4590.

9) Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

**Parte XIX, Aviso del Departamento de Seguros de California**

ESTE ACUERDO DE BIENESTAR PARA EMPLEADORES MÚLTIPLES NO ES UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y NO PARTICIPA EN NINGUNO DE LOS FONDOS DE GARANTÍA CREADOS POR LA LEY DE CALIFORNIA. POR LO TANTO, ESTOS FONDOS NO PAGARÁN SUS RECLAMOS NI PROTEGERÁN SUS ACTIVOS SI ESTE ACUERDO DE BIENESTAR PARA MÚLTIPLES EMPLEADORES SE DECLARA INSOLVENTE Y NO PUEDE REALIZAR LOS PAGOS PROMETIDOS.

LOS BENEFICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA QUE HA ADQUIRIDO O QUE SOLICITA ADQUIRIR ESTÁN SIENDO EMITIDAS POR UN ACUERDO DE PREVISIÓN DE MÚLTIPLES EMPLEADORES AUTORIZADO POR EL ESTADO DE CALIFORNIA.

PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE ESTE ACUERDO DE PREVISIÓN SOCIAL PARA MÚLTIPLES EMPLEADORES, HABLE CON EL ADMINISTRADOR DE SU FIDEICOMISO O CONTACTE AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE CALIFORNIA LLAMANDO AL (800) 927.435

**SUS BENEFICIOS PARA LA SALUD**

**EL RESUMEN DE**

**LA DESCRIPCIÓN**

**DEL PLAN**