



YOUR HEALTH BENEFITS

SUMMARY PLAN DESCRIPTION

Please note: The Spanish translation of this Summary Plan Description and the Medical Benefits Addendum are provided by UnitedAg for your convenience only. In the event that there is a contradiction between the Spanish and English version, the English version will govern.

54 Corporate Park, Irvine, CA 92606 | 800.223.4590 | unitedag.org

Rev. 01.01.23

UABT Summary Plan Description...

Table of Contents

<u>Part</u>	<u>Section</u>	<u>Title</u>	<u>Page Number</u>
Part I	Eligibility Provisions		8
	1	Who Is Eligible for Benefits?	8
	2	Reinstatement of Coverage	
	3	Determining Full-Time Employee Status for Applicable Large Employers (ALE)	8
	4	Who Are Your Eligible Dependents?	8
	5	Age Limits of Dependent Children	9
	6	Handicapped or Totally Disabled Children	9
	7	Your Effective Date of Coverage	9
	8	Your Dependents' Effective Date of Coverage	9
	9	Proof of Dependent Status	10
	10	Late Enrollees	10
	11	Open Enrollment	10
	12	Special Late Enrollees	10
	13	Qualified Medical Child Support Orders (QMCSOs) and National Medical Support Notices (NMSN)	11
	14	Rescission of Coverage	11
	15	Who is Eligible for Dental Coverage?	11
Part II	Termination of Coverage		12
	1	When Your Coverage Ends	12
	2	When Your Dependents' Coverage Ends	12
Part III	Continuation of Coverage		13
	1	Continuation after Employment Ends	13
	2	Continuation during Family and Medical Leave Act Absence	13
	3	Continuation by Self-Payment Through COBRA and Cal-COBRA	13
	4	Alternative Coverage Options	18
Part IV	Benefits Extension		19
	1	Employee Life Benefits Extension	19
	2	Benefits That Cannot Be Extended	19
Part V	General Definitions		20
	1	Accident	20
	2	Activities of Daily Living	20
	3	ADA	20
	4	Adverse Benefit Determination	20

5	Affordable Care Act (ACA)	20
6	Allowable Expense	20
7	Alternative Recipient	21
8	Ambulatory Surgical Center	21
9	Approved Clinical Trial	21
10	Assignment of Benefits	21
11	Calendar Year	22
12	Certified Registered Nurse Anesthetist	22
13	Clean Claim	22
14	Complications of Pregnancy	22
15	Continuity of Care	22
16	Continuation of Coverage	23
17	Contracting Panel	23
18	Contracting Providers and Hospitals	23
19	Coordination of Benefits (C.O.B.)	23
20	Co-Payment	23
21	Cosmetic Surgery	23
22	Covered Expense	23
23	Custodial, Rehabilitative or Maintenance Care	24
24	Deductible	24
25	Dental Services	24
26	Diagnostic Service	24
27	Drug	24
28	Durable Medical Equipment	24
29	Doctor	24
30	Essential Health Benefits	24
31	Excluded Expense	25
32	Experimental and/or Investigational Procedure - Medication/Procedure	25
33	Explanation of Benefits (EOB)	26
34	Extended Care Facility	26
35	Facility	26
36	Genetic Information	26
37	Habilitative Services	26
38	Health and Wellness Clinics	26
39	Health Insurance Marketplace (“Exchange”)	26
40	HIPAA	26
41	Home Health Care	26
42	Hospital	26
43	Hospital Confinement	27
44	Incurred Date	27
45	Incurred Date, Pregnancy Expense	27
46	Intensive Care Unit (ICU)	27
47	Leave of Absence	27
48	“Legal Separation” and/or “Legally Separated”	27
49	Major Diagnostic Procedure	27
50	Maximum Allowable Charge	27

51	Medical Emergency	28
52	Medical Record Review	28
53	Mental or Nervous Disorder	29
54	Mexico Panel	29
55	Necessary Services and Supplies	29
56	Non-Contracting Providers and Hospitals	30
57	Nurse	30
58	Occupational Therapy	30
59	Obesity Treatment	30
60	Other Plan	30
61	Out-of-Pocket Maximum	30
62	Percentage Payable	30
63	Peer Review	30
64	Per Cause	31
65	Per Confinement	31
66	Per Disability	31
67	Physician's Assistant	31
68	Preventative Care	31
69	Provider	31
70	Psychological or Psychiatric Services	31
71	Qualifying Payment Amount (QPA)	32
72	Reasonable or Reasonableness	32
73	Rehabilitation Hospital	32
74	Residential Treatment Coverage	32
75	Semi-Private Room	32
76	Skilled Nursing Facility	32
77	Special Provision (Circumstances)	32
78	Subrogation	32
79	Substance Abuse/Substance Use Disorder	33
80	Transparency and Surprise Medical Bills also known as the "No Surprise Act"	33
81	Telemedicine	33
82	The Plan	34
83	Total Disability or Totally Disabled	34
84	Transplant Procedures	34
85	Treatment Therapies	34
86	Urgent Care	34
87	Usual and Customary Fees	34

Part VI	General Provisions and Limitations	35
1	Limits on Covered Expense	35
2	General Exclusions	35
3	Third Party Liability Exclusion	36
4	Non-Panel Services Incurred Outside the U.S.	36
5	Right of Recovery	37
6	Facility of Payment	37
7	Right to Determination	37

	8 Ineligible Provider	37
	9 Examinations and Autopsies	37
Part VII	Coordination of Benefits (C.O.B.)	38
	1 Excess Benefit Coverage/Insurance	38
	2 Vehicle Limitation	38
	3 Order of Benefit Determination	38
	4 Right to Receive and Release Necessary Information	39
	5 Facility of Payment	39
	6 Right of Recovery	39
	7 Medicare Coordination	39
	8 Coordination within the Plan	40
	9 Cost Containment and Case Management	40
Part VIII	Third Party Recovery, Subrogation and Reimbursement	41
	1 Payment Condition	41
	2 Subrogation	41
	3 Right of Reimbursement	42
	4 Participant is a Trustee Over Plan Assets	42
	5 Release of Liability	43
	6 Excess Health Benefit Coverage/Insurance	43
	7 Separation of Funds	43
	8 Wrongful Death	43
	9 Obligations	43
	10 Offset	44
	11 Minor Status	44
	12 Language Interpretation	44
	13 Severability	44
Part IX	Your Life Insurance Benefits	45
	1 Retiree Limitation	45
	2 Beneficiary	45
	3 Change of Beneficiary	45
	4 Consent of Beneficiary	45
	5 Optional Methods of Settlement	45
	6 Dependent Life Insurance Benefits	45
	7 Continuation of Life Insurance Benefits	45
	8 Continuation of Dependent Life Insurance	46
Part X	Pharmacy Benefit Network	47
	1 Pharmacy Benefit Network	47
	2 Panel Pharmacy Services	47
	3 Mail Order Pharmacy	47
	4 Specialty Medications	47
	5 Appeals of Denied/Adverse Benefit Determinations	47

Part XI	Medical Plan Benefits	48
	1 Not Covered Medical Expenses	48
	2 Hospital Charges (In Patient)	49
	3 Hospital Charges (Outpatient) and Out Patient Surgical Centers	49
	4 Convalescent Hospital, Skilled Nursing Facility or Extended Care Facility	49
	5 Professional Ambulance Service	49
	6 Doctor Care	49
	7 Surgery and Anesthesia	49
	8 Technician, Laboratory or Clinic Fees for Diagnostic Tests	50
	9 Pharmacy Charges	50
	10 Formulary Drugs	50
	11 Orphan Drugs, Products and Devices	50
	12 Nursing Services	50
	13 Cobalt, Chemotherapy or Radiotherapy Expense	50
	14 Physical Therapy, Speech Therapy and Acupuncture	50
	15 Medical Supplies and Durable Therapeutic	51
	16 Prosthetic Devices	51
	17 Psychological Services, Mental and Nervous Disorders	51
	18 Home Health Services	51
	19 Hospice Care	51
	20 Special Rights Upon Childbirth	52
	21 Genetic Information	52
	22 Family Planning Services	52
	23 Genetic Testing	52
	24 Preventive Care	52
	25 Routine Patient Costs for Participation in an Approved Clinical Trial	53
	26 Smoking Cessation	53
	27 Transplants	53
	28 Elective Abortion	54
	29 Hormone Replacement Therapy	54
Part XII	Dental Plan Benefits	55
	1 Deductible	55
	2 Percentage Payable	55
	3 Plan Maximum	55
	4 Alternate Dental Procedures	55
	5 Preventative Dental Services	55
	6 Basic Dental Services	55
	7 Major Dental Services	56
	8 Orthodontia	56
Part XIII	Vision Plan Benefits	58
	1 Vision Copayment Amount	58
	2 Vision Benefit Maximum Amount	58
	3 Vision Plan Benefits	58

Part XIV	Claims for Benefits	60
	1 How to File a Claim for Medical, Prescription Medication, Dental or Vision Benefits	60
	2 Claims Procedures	60
	3 Health Claims Payment	60
	4 Life and Accidental Death/Dismemberment Claims	61
	5 Claim Filing Deadlines	61
	6 Claim Denial Procedure for Medical, Prescription Medication, Dental or Vision Claims	61
	7 Adverse Benefit Determination	61
	8 Review and Appeal Procedures for Denied Prescription Medication	61
	9 Review and Appeal Procedures for Denied Medical, Prescription Medication, Dental or Vision Claims	61
	10 Independent Review	62
	11 Appeal Procedure for Denied Life Insurance Benefits	62
	12 Claim Information and Service	63
	13 Appointment of Authorized Representative	63
	14 Payment of Benefits	63
	15 Recovery of Payments	63
Part XV	ERISA Information and Statement of Rights	65
	1 Name and Type of Administration of the Plan	65
	2 Sponsor of the Plan	65
	3 Name and Address of the Trustee	65
	4 Name and Address of the Plan Administrator	65
	5 Name and Address of the Benefits Administrator	65
	6 Service of Legal Process	65
	7 Source of Financing of the Plan	65
	8 Name and Address of Stop Loss Insurance Carrier	65
	9 Name and Address of Health Maintenance Organizations	65
	10 Name and Address of Group Term Life Insurance Carrier	65
	11 Plan Fiscal Year	65
	12 Internal Revenue Service Number	66
	13 Amendments to Plan	66
	14 Plan Number	66
	15 Fund Assets	66
	16 Certain Rights Under ERISA	66
	17 Certain Rights through the California Department of Insurance	66
Part XVI	HIPAA and Notice of Privacy Practices	67
	1 Commitment to Protecting Health Information	67
	2 Definitions	67
	3 How Health Information May Be Used and Disclosed	67
	4 Primary Uses and Disclosures of PHI	67
	5 Disclosure of PHI to the Plan Sponsor for Plan Administration Purposes	68

6	Participant's Rights	68
7	Questions or Complaints	69
8	Contact Information	69
Part XVII	HIPAA Security	70
1	Disclosure of Electronic Protected Health Information ("Electronic PHI") to the Plan Sponsor for Plan Administration Functions	70
2	Definitions	70
3	UABT Obligations	70
4	Disclosure of Certain Enrollment Information to the Plan Sponsor	70
5	Disclosure of PHI to Obtain Stop-loss or Excess Loss Coverage	70
6	Resolution of Noncompliance	71
Part XVIII	Federal Laws	72
1	Pregnancy Discrimination Act	72
2	Genetic Information Nondiscrimination Act ("GINA")	72
3	Family and Medical Leave Act	72
4	Mental Health Parity Act of 1996 (MHPA) and Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008 (MHPAEA)	72
5	Qualified Medical Child Support Order (QMSCO)	73
6	The Newborns and Mothers Health Protection Act (NMHPA)	73
7	The Women's Health and Cancer Right's Act (WHCRA) Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act	73
8	(USERRA)	73
9	Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills	73
Part XIX	California Department of Insurance Notice	75

Summary Plan Description...

Part I, Eligibility Provisions

Section 1, Who Is Eligible for Benefits?

If you are working full-time as an employee of a participating employer of the United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust (also known as United Agricultural Benefit Trust, UnitedAg Benefit Trust or UABT) and have met the requirements agreed upon between your employer and UABT, you are eligible to be a Participant of the Plan. You are a Participant and entitled to the benefits described under the Plan during each calendar month for which your employer has made the necessary contribution on your behalf.

The Employer, pursuant to the Trust Agreement with the UABT, is responsible for following the eligibility rules listed in the Summary Plan Description as well as any delegated Employer rules documented in the Employer Handbook or Policies that may affect Plan Participant's eligibility. Employer Handbook and Policies must be approved by UABT during the underwriting process. It is the Employer's responsibility for maintaining accurate records and methodologies to assess and offer coverage under any applicable Federal Law or Mandate and in doing so is ultimately responsible for any fines or penalties for failure to follow such laws.

If you are an owner, partner, or principal of a participating employer and draw wages, dividends, or other substantial distributions from the company on at least a monthly basis, you are considered an employee for participation purposes.

Section 2, Reinstatement of Coverage

If you have been laid-off or terminated by your employer and rehired by your employer (or affiliate or subsidiary) within thirteen (13) weeks from your date of termination of employment your coverage will be reinstated on the first of the month following rehire, so long as all other eligibility criteria are satisfied. You may be reinstated by your employer after a longer period of time based on your Employer's Handbook or Policy if approved during the underwriting process.

Employees who return to work from an approved leave or who have continued coverage under COBRA will not be required to satisfy a waiting period.

Those employees or covered dependents who return to work after active duty service as a member of the United States armed forces will also be reinstated for coverage immediately upon his/ her return to employment so long as certain requirements are met under the Uniform Services Employment and Reemployment Act of 1994 (USERRA). Employees should check with their Employer to see if their eligibility under USERRA applies to them and/ or their dependents.

Section 3, Determining Full-Time Employee Status for Applicable Large Employers (ALE)

An applicable large employer is an employer that has an average of at least 100 full-time employees or "full-time equivalents" or "FTE." For the purposes of the Affordable Care Act, a full-time employee is someone who works at least 30 hours a week.

An ALE identifies its full-time employees based on each employee's hours of service (including paid leave). Employers may determine the hours of service for hourly and non-hourly employees using either the monthly measurement method or the look-back method for different classifications of employees.

Section 4, Who Are Your Eligible Dependents?

Your current and lawful spouse (as evidenced by a valid marriage license and the marriage has not been annulled or voided in any way), Your domestic partner (as evidenced by a notarized UABT "Affidavit of Domestic Partnership" -available through UABT Member Services Department and on file with your employer *and* UABT) is an eligible dependent. Eligible dependents also include any natural and adopted children, including stepchildren, and children placed under your legal guardianship.

A spouse, domestic partner, and/or dependent child currently covered under UABT as an employee may be eligible as a spouse, domestic partner, or dependent child under the same or other UABT Employer as a covered Plan Participant if all other eligibility qualifications are met.

A child who is subject to a Qualified Medical Child Support Order (QMCSO) or National Medical Support Notices (NMSN) that provides for child support with respect to a child of a participant under a group health plan or provides for health benefits coverage to such a child issued pursuant to State or Federal domestic relations law issued by a court of competent jurisdiction will be considered eligible if the order does not require UABT to offer any type or form of benefit not otherwise provided under the plan.

You and Your spouse must meet the following requirements:

- (a) You and your spouse shall not have been Legally Separated or engaged in a trial separation for more than 12 consecutive months upon the date a Clean Claim for Covered Service(s) provided to a spouse is received by the Plan.

- (b) You and your spouse have been living together at the same residence for the majority of a calendar year. When you or your spouse are traveling or residing elsewhere as part of your employment, to care for a family member (due for instance, to illness or injury), and/or is residing elsewhere due to your or your spouse's illness or injury, for more than half of the applicable Plan Year (and thus residing with each other for less than the majority of the calendar year), but your primary residence is also your spouse's primary residence for all legal, regulatory, and statutory purposes, this constitutes cohabitation as required by this provision.
- (c) The Employer may elect to limit the coverage of your spouse if your spouse has access to Group Health coverage available through his or her own Employer.

The Plan Administrator has discretionary authority to interpret these terms, and determine spousal status as defined herein, to the extent allowed by law.

To qualify as an eligible Domestic Partner:

- (a) The Domestic Partner must be at least 18 years old and mentally competent to enter into contracts;
- (b) The Domestic Partner must have joint responsibility with you for your and his/her welfare and financial obligations;
- (c) You and your Domestic Partner must reside in the same residence for at least six (6) months prior to the date of a notarized "Declaration of Domestic Partnership for Health Care";
- (d) You and your Domestic Partner must be in an exclusive committed relationship of mutual caring that has existed for at least six (6) months immediately prior to the date of a notarized "Declaration of Domestic Partnership for Health Care" and you both intend to continue such a relationship indefinitely;
- (e) Neither you nor your Domestic Partner has a similar relationship with anyone other than each other;
- (f) Neither you nor your Domestic Partner has had a different domestic partner(s) in the last six months;
- (g) Neither you nor your Domestic Partner may be married; and,
- (h) You and your Domestic Partner may not be related by blood in any way that would prohibit marriage in the state in which you reside.

A grandchild, brother, sister, niece, or nephew who is a minor may qualify as a foster child if you have been appointed legal guardian by a court of competent jurisdiction and have filed a copy of the guardianship papers with UABT. Your parents, grandparents, or other adult family members are not eligible as dependents under the Plan, even if they live with you, and/or are dependent on you for support.

An eligible dependent is entitled to the benefits described under the Plan during each calendar month for which you or your employer has made the necessary contributions.

Section 5, Age Limits of Dependent Children

To qualify for coverage, an eligible dependent child must be no more than twenty-six (26) years of age. Coverage of a dependent child will continue until the end of the calendar month he or she turns 26 years of age. For coverage after age twenty-six (26), see "Part III, Section 3, Continuation by Self-Payment through COBRA and Cal-COBRA."

Section 6, Handicapped or Totally Disabled Children

An eligible dependent child who is age 26 or older and is not capable of self-support due to mental or physical handicap or disability will be provided UABT coverage if: (a) the dependent has been continually covered by UABT or another carrier; (b) proof of total disability prepared by the state-recognized medically licensed treating physician is filed with the employer and UABT within sixty (60) days of the date the child would normally lose coverage or at time of enrollment; (c) proof of continued disability is filed yearly thereafter; (d) the child remains totally dependent on you for support; and (e) you continue to be eligible under the Trust.

Section 7, Your Effective Date of Coverage

You are eligible for coverage under the Plan on the first day of the calendar month following any waiting period set by your Employer and agreed to by UABT.

Section 8, Your Dependents' Effective Date of Coverage

Your dependent's coverage will automatically become effective on the date your coverage goes into effect, if: (a) the dependent is eligible under the Plan, (b) the dependent was listed on your enrollment card, and (c) any required contributions have been paid for the dependent.

New dependents acquired after your own effective date become eligible on the date of marriage, attestation of a domestic partnership, birth, adoption, placement for adoption, placement for foster care, legal guardianship, Qualified Medical Child Support Order or National Medical Support Notice if you complete and file a new enrollment form or an enrollment change form within thirty-one (31) days of the date the person became your dependent, and any required additional contribution is made to UABT.

Section 9, Proof of Dependent Status

UABT reserves the right to request additional information, including but not limited to copies of birth certificates, court orders, divorce decrees, or marriage certificates (licenses) as needed to establish dependent status. Requested verification of dependent status may delay the processing of a claim for benefits under the Plan until such request has been answered. Failure to respond to document requests within 60 days may result in termination of the dependent.

Section 10, Late Enrollees

A late enrollee is an eligible employee or dependent who has declined health coverage through UABT at the time he/she initially qualified for enrollment or within the thirty-one (31) days period following a qualifying event and who subsequently requests enrollment in UABT.

UABT may exclude late enrollees from coverage for up to twelve (12) months from the date of the late enrollee's request for coverage and submission of an Enrollment Form or during your employer's open enrollment, whichever occurs first. No contribution is required for the late enrollee until the initiation of coverage.

Section 11, Open Enrollment

Prior to the start of your employer's anniversary date with UABT, your Benefit Plan has an Open Enrollment Period. Eligible Participants who are not covered under this Plan may enroll for coverage during Open Enrollment Periods. If you are already enrolled, you will be given an opportunity to change your coverage effective the first day of the upcoming Plan Year. If you fail to make an election during the Open Enrollment Period, you will automatically retain your current coverage. Coverage for Participants enrolling during an Open Enrollment Period will become effective on the first of the month of your employer's benefit anniversary, as long as all other eligibility requirements have been met.

The terms of the Open Enrollment Period, including the duration of the election period, shall be determined by your employer and UABT and communicated prior to the start of an Open Enrollment Period.

Section 12, Special Late Enrollees

A special late enrollee is an eligible employee or dependent who has declined benefits through UABT at the time of the initial enrollment period because of alternative coverage through another group benefits plan, COBRA, Medicaid, CHIP, or Medicare. The special late enrollee must have completed a UABT Waiver of Coverage Form during the initial enrollment period.

UABT provides "Special Enrollment," when you may enroll in the Plan, even if you declined to enroll during an initial or your employer's open enrollment period.

Special enrollment rights will not be available to you or your dependent if either of the following occurs:

- (a) The other coverage is/was available via COBRA Continuation Coverage and you or your or dependent failed to exhaust the maximum time available for such COBRA coverage.
- (b) You or your dependent lost the other coverage as a result of the individual's failure to pay premiums or required contributions or for cause (such as making a fraudulent claim or an intentional misrepresentation of a material fact in connection with the other coverage).

You or your dependent(s) who are eligible, have met the required conditions indicated in this provision, UABT eligibility will be the first of the month following the loss of other coverage, and the request is timely made within thirty (31) days from loss of coverage.

You or your dependent(s) who is/are eligible, but not enrolled in this Plan, may be eligible to enroll during a special enrollment period if you acquired a new dependent as a result of marriage, domestic partnership, legal guardianship, birth or adoption. To be eligible for this special enrollment, the Employee must apply in writing or electronically, as applicable, no later than thirty (31) days after he or she acquires the new Dependent.

You or your dependent who is eligible, but not enrolled in this Plan, may enroll during a special enrollment period if one of the following conditions are met:

- (a) The eligible employee is a covered employee under the terms of this plan but elected not to enroll during a previous enrollment period.
- (b) An individual has become a dependent of the eligible Employee through marriage, domestic partnership, legal guardianship, a foster child being placed with the employee birth, adoption, or placement for adoption.
- (c) You or your dependent's Medicaid or State Child Health Insurance Plan (i.e. CHIP) coverage has terminated as a result of loss of eligibility and you request coverage under the Plan within 60 days after the termination.
- (d) You or dependent become eligible for a contribution/premium assistance subsidy under Medicaid or a State Child Health Insurance Plan (i.e. CHIP), and you request coverage under the Plan within 60 days after eligibility is determined.

If the conditions for special enrollment are satisfied, coverage for the Employee and/or his or her Dependent(s) will be effective at 12:01 A.M. on the first of the month following the special enrollment events.

Section 13, Qualified Medical Child Support Orders (QMCSOs) and National Medical Support Notices (NMSN)

UABT recognizes qualified medical child support orders and national medical support notices. A child who is the subject of such an order is considered an "alternate recipient" and is treated as a dependent beneficiary under the Plan.

To qualify as a QMCSO or NMSN, a medical child support order must create or recognize the existence of an alternate recipient's right to receive benefits for which the participant is eligible under UABT; clearly identify the participant and the alternate recipient; provide a reasonable description of the type of coverage to be provided; specify each plan that the order applies to and the period to which such order applies; and, not require UABT to provide any type or form of benefit not otherwise provided under the plan.

Reimbursement of benefit payments and copies of notices with respect to the medical child support order under UABT to a QMCSO and/or NMSN may be made to the alternate recipient or to the alternate recipient's custodial parent.

Section 14, Rescission of Coverage

Under the Affordable Care Act, rescission of your health benefits is not permitted unless you committed fraud or intentional misrepresentation of material facts on your enrollment application.

Section 15, Who is Eligible for Dental Coverage?

Payment for Covered Expenses listed may be limited by Usual, Customary and Reasonable fees, Negotiated Fee, Deductible, Percentage Payable and/or benefit maximums as shown on the Schedule of Dental Expense Benefits. Please refer to your Plan's Schedule of Dental Expense Benefits to determine whether or not Dental Benefits are a Covered Expense under the Plan.

Part II, Termination of Coverage

Section 1, When Your Coverage Ends

Your coverage will end on the earliest of the following dates, according to UABT records:

- (a) the last day of the calendar month for which your employer has made the necessary contributions on your behalf;
- (b) the last day of the calendar month during which you qualify as an employee under the terms of the Plan;
- (c) the date the Plan is canceled, or (d) the date your employer ceases to be a participating employer under the Trust; or,
- (d) If it is determined that you or one of your dependents have falsified a claim or required document(s) (i.e. marriage license/certificate, birth certificate, etc.)

Termination of coverage *may* qualify you for continuation coverage under COBRA. See "Part III Section 3, Continuation by Self Payment through COBRA and Cal-COBRA".

Section 2, When Your Dependents' Coverage Ends

Coverage for all dependents will automatically end on the date your eligibility terminates.

While you remain eligible, coverage for any one dependent will end on the earliest of the following dates:

- (a) for a spouse, the date a dissolution of marriage is effective;
- (b) for a child, the last day of the calendar month in which the child ceases to qualify due to age;
- (c) for a spouse or child, the date the dependent enters into "active duty" of any armed forces;
- (d) for any dependent the last day of the month for which dependent contribution is received under the Plan; or,
- (e) for a spouse or child, the date Dependent Coverage is canceled under the Plan.

Termination of coverage *may* qualify your dependents for the continuation of coverage under COBRA. See "Part III, Section 3, Continuation by Self-Payment through COBRA and Cal-COBRA". Your dependents may also be able to obtain benefits through the Health Insurance Marketplace (Exchange – at www.HealthCare.gov).

Part III, Continuation of Coverage

Section 1, Continuation after Employment Ends

Your employer is not allowed to make contributions for you after your full-time, active employment has ended unless your employer has an established, written, and documented employment policy or severance agreement in place (filed and approved in writing by UABT) denoting continuation of benefits in the event of occupational or non-occupational disability for a specified and limited period of time (not to exceed 6 months).

If your employer has agreed to extend your benefits in the event of an occupational or non-occupational disability, you will be offered the opportunity to elect COBRA benefits at the expiration of this continuation of benefits.

The Trust rules and regulations do not allow an employer to continue contributions for a Retiree, or any other employee once the date his or her active employment ends unless an approved severance agreement is in place.

If the employer has an established policy that applies to all employees in your job classification which has been approved by the Trust, a continuation of contributions may be permitted during restricted periods of temporary lay-off, approved leave of absence, and/or total disability due to injury or illness, not to exceed one hundred eighty (180) days.

Section 2, Continuation during Family and Medical Leave Act Absence

UABT complies with FMLA if applicable to your employer. UABT will provide these benefits to the extent required by applicable law or as documented in your Employer Handbook or Policies and approved during the underwriting process. If you are eligible for FMLA Leave, coverage will be maintained in accordance with the same Plan conditions as coverage would otherwise be provided if you have been a continuously active employee during the entire leave period.

When an employer, who qualifies under the Family and Medical Leave Act, notifies the Trust of your qualification for family or medical leave, employer contributions are permitted throughout the duration of the family or medical leave under the condition's coverage would have been provided if you had continued working.

Section 3, Continuation by Self-Payment Through COBRA and Cal-COBRA

Your right and the right of your UABT participating dependents to this form of continued coverage was created by Federal law, under the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, as amended ("COBRA"). You and your dependents will qualify for COBRA Continuation Coverage when you lose your group health coverage through your employer. Your dependents who are covered under the Plan when they otherwise would lose their group health coverage. Under the Plan, you and your eligible dependents (called Qualified Beneficiaries) that elect COBRA Continuation Coverage must pay the entire cost of the coverage, including a reasonable administration fee.

There are several ways coverage will terminate, including you or your dependent's failure to make timely payment of contributions (or premiums). For additional information, you should contact UABT Member Services at 800.223.4590.

You may have other options available when group health coverage is lost. For example, you and your eligible dependents may be eligible to buy an individual plan through the Health Insurance Marketplace. By enrolling in coverage through the Marketplace, you and or your dependents may qualify for lower premium costs. You can learn more about many of these options at www.healthcare.gov. Additionally, you or your dependents may qualify for a 30-day special enrollment period for another group health plan for which you and your other dependents are eligible (such as a spouse's plan), even if that plan generally doesn't accept late enrollees.

(a) COBRA Continuation Coverage

"COBRA Continuation Coverage" is a continuation of Plan coverage when coverage would otherwise end because of a life event known as a "Qualifying Event." COBRA (and the description of COBRA Continuation Coverage contained in this Plan) does not apply to the following benefits (if available as part of the Employer's plan): life insurance, accidental death, and dismemberment benefits

(b) Qualifying Events

A qualifying event is any of those listed below. After a Qualifying Event, COBRA Continuation Coverage will be offered to you and your dependents who are "Qualified Beneficiaries." A Qualified Beneficiary is someone who is or was covered by the UABT and has lost or will lose coverage under the Plan due to the occurrence of a Qualifying Event.

An Employee, who is enrolled in UABT and is a covered Employee, will become a Qualified Beneficiary if you lose your coverage under the Plan because either one of the following Qualifying Events happens:

- 1) The hours of employment are reduced.
- 2) The employment ends for any reason other than gross misconduct.

Your spouse will become a Qualified Beneficiary if he or she loses his or her coverage under UABT because any of the following Qualifying Events happen:

- 1) The Employee dies.
- 2) The Employee's hours of employment are reduced.
- 3) The Employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct.
- 4) The Employee becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).
- 5) The Employee becomes divorced or Legally Separated from his or her spouse.

Your dependent children will become Qualified Beneficiaries if they lose coverage under the Plan because any of the following Qualifying Events happen:

- 1) The parent-covered Employee dies.
- 2) The parent-covered Employee's hours of employment are reduced.
- 3) The parent-covered Employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct.
- 4) The parent-covered Employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both).
- 5) The parents become divorced or Legally Separated.
- 6) The Child stops being eligible for coverage under the Plan as a Dependent Child.

(c) Employer Notice of Qualifying Events

When the Qualifying Event is the end of employment (for reasons other than gross misconduct), reduction of hours of employment, death of the covered Employee, or the covered Employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both), the Employer must notify UABT's COBRA Administrator of the Qualifying Event.

(d) Employee Notice of Qualifying Events

In certain circumstances, you or your eligible dependents, in order to protect his or her rights under COBRA, are required to provide notification to the COBRA Administrator in writing, either by U.S. First Class Mail or hand delivery.

These circumstances are any of the following:

- 1) Notice of Divorce or Separation: Notice of the occurrence of a Qualifying Event that is divorce or Legal Separation of a covered Employee (or former Employee) from his or her spouse.
- 2) Notice of Child's Loss of Dependent Status: Notice of the occurrence of a Qualifying Event that is an individual's ceasing to be eligible as a Dependent Child under the terms of the Plan.
- 3) Notice of a Second Qualifying Event: Notice of the occurrence of a second Qualifying Event after a Qualified Beneficiary has become entitled to COBRA Continuation Coverage with a maximum duration of 18 (or 29) months.
- 4) Notice Regarding Disability: Notice that a Qualified Beneficiary entitled to receive COBRA Continuation Coverage with a maximum duration of 18 months has been determined by the Social Security Administration ("SSA") to be disabled at any time during the first 60 days of COBRA Continuation Coverage.
- 5) Notice Regarding End of Disability: Notice that a Qualified Beneficiary, with respect to whom a notice described above in #4 has been provided, has subsequently been determined by the SSA to no longer be disabled.

Notification of a Qualifying Event must be made in writing to UABT. You or your dependents can also call UABT Member Services at 800.223.4590

Notification must include an adequate description of the Qualifying Event or disability determination.

(e) Deadline for providing the notice

For Qualifying Events described above, notice must be furnished within 60 days of the latest occurring event set forth below:

- 1) The date upon which the Qualifying Event occurs.
- 2) The date upon which the Qualified Beneficiary loses (or would lose) Plan coverage due to a Qualifying Event.
- 3) The date upon which the Qualified Beneficiary is notified via the Plan's SPD or general notice, and/or becomes aware of his or her status as a Qualified Beneficiary and/or the occurrence of a Qualifying Event; as well as you or your dependent's subsequent responsibility to comply with the Plan's procedure(s) for providing notice to the COBRA Administrator regarding said status.

As described above, if any of you or your qualified dependent is determined to be disabled under the Social Security Act, the notice must be delivered no more than 60 days after the latest of:

- 1) The date of the disability determination by the SSA.
- 2) The date on which a Qualifying Event occurs.
- 3) The date on which the Qualified Beneficiary loses (or would lose) coverage under the Plan as a result of the Qualifying Event.

- 4) The date on which you or your qualified beneficiary is informed, through the furnishing of the Plan's SPD or the general notice, of both the responsibility to provide the notice. In any event, this notice must be provided within the first 18 months of COBRA Continuation Coverage.

For a change in disability status described above, the notice must be furnished by the date that is 30 days after the later of:

- 1) The date of the final determination by the SSA that the Qualified Beneficiary is no longer disabled.
- 2) The date on which the Qualified Beneficiary is informed, through the furnishing of the Plan's SPD or the general notice, of both the responsibility to provide the notice and the Plan's procedures for providing such notice to the COBRA Administrator.

The notice must be postmarked (if mailed) or (if sent digitally) when receipt is acknowledged or received by the UABT COBRA Administrator (if hand delivered), by the deadline set forth above. If the notice is late, the opportunity to elect or extend COBRA Continuation Coverage is lost, and your coverage under the Plan will terminate on the last date for which you or your dependents were eligible under the terms of UABT, or if the person is extending COBRA Continuation Coverage, such Coverage will end on the last day of the initial 18-month COBRA coverage period.

(f) Who Can Provide the Notice?

You or your dependents with respect to a Qualifying Event, or any representative acting on behalf of you and your qualifying dependents, may provide the notice. Notice by one individual shall satisfy any responsibility to provide notice on behalf of all related Qualified Beneficiaries with respect to the Qualifying Event.

(g) Required Contents of the Notice

After receiving a notice of a Qualifying Event, UABT must provide the Qualified Beneficiary(ies) with an election notice, which describes your or your qualified dependent's rights to COBRA Continuation Coverage and how to make such an election. The notice must contain the following information:

- 1) Name and address of the covered Employee or former Employee.
- 2) Name of the Plan and the name, address, and telephone number of the Plan's COBRA administrator.
- 3) Identification of the Qualifying Event and its date (the initial Qualifying Event and its date if you or your dependents are already receiving COBRA Continuation Coverage and wish to extend the maximum coverage period).
- 4) A description of the Qualifying Event (for example, divorce, Legal Separation, cessation of Dependent status, entitlement to Medicare by the covered Employee or former Employee, death of the covered Employee or former Employee, disability of a Qualified Beneficiary or loss of disability status).
 - (a) In the case of a Qualifying Event that is divorce or Legal Separation, name(s) and address(es) of spouse and Dependent Child or Children covered under the Plan, date of divorce or Legal Separation, and a copy of the decree of divorce or Legal Separation.
 - (b) In the case of a Qualifying Event that is Medicare entitlement of the covered Employee or former Employee, date of entitlement, and name(s) and address(es) of spouse and Dependent Child or Children covered under the Plan.
 - (c) In the case of a Qualifying Event that is a Dependent Child's cessation of Dependent status under the Plan, name, and address of the Child, the reason the Child ceased to be an eligible Dependent (for example, attained limiting age).
 - (d) In the case of a Qualifying Event that is the death of the covered Employee or former Employee, the date of death, and name(s) and address(es) of spouse and Dependent Child or Children covered under the Plan.
 - (e) In the case of a Qualifying Event that is a disability of a Qualified Beneficiary, name, and address of the disabled Qualified Beneficiary, name(s) and address(es) of other family members covered under the Plan, the date the disability began, the date of the SSA's determination, and a copy of the SSA's determination.
 - (f) In the case of a Qualifying Event that is loss of disability status, name and address of the Qualified Beneficiary who is no longer disabled, name(s) and address(es) of other family members covered under the Plan, the date the disability ended and the date of the SSA's determination.
- 5) Identification of the Qualified Beneficiaries (by name or by status).
- 6) An explanation of the Qualified Beneficiaries' right to elect continuation coverage.
- 7) The date coverage will terminate (or has terminated) if continuation coverage is not elected.
- 8) How to elect continuation coverage.
- 9) What will happen if continuation coverage isn't elected or is waived.
- 10) What continuation coverage is available, for how long, and (if it is for less than 36 months), how it can be extended for disability or second qualifying events.

- 11) How continuation coverage might terminate early.
- 12) Premium payment requirements, including due dates and grace periods.
- 13) A statement of the importance of keeping the Plan Administrator informed of the addresses of Qualified Beneficiaries.
- 14) A statement that the election notice does not fully describe COBRA or the plan and that more information is available from the Plan Administrator and in the SPD.
- 15) A certification that the information is true and correct, a signature and date.

If a copy of the decree of divorce or Legal Separation or the SSA's determination cannot be provided by the deadline for providing the notice, complete and provide the notice, as instructed, by the deadline and submit the copy of the decree of divorce or Legal Separation or the SSA's determination within 30 days after the deadline. The notice will be timely if done so. However, no COBRA Continuation Coverage, or extension of such Coverage, will be available until the copy of the decree of divorce or Legal Separation or the SSA's determination is provided.

If the notice does not contain all the required information, the COBRA Administrator may request additional information. If you or your qualified beneficiary(ies) fail to provide such information within the period of time specified by the COBRA Administrator in the request, the COBRA Administrator may reject the notice if it does not contain enough information for the COBRA Administrator to identify the plan, you and your qualified beneficiaries, the Qualified Beneficiaries, the Qualifying Event or disability, and the date on which the Qualifying Event, if any, occurred.

(h) Electing COBRA Continuation Coverage

Complete instructions on how to elect COBRA Continuation Coverage will be provided by UABT within 14 days of receiving the notice of the Qualifying Event. You and/or your Qualifying Beneficiary(ies) then have 60 days in which to elect COBRA Continuation Coverage. The 60-day period is measured from the later date coverage terminates or the date of the notice containing the instructions. If COBRA Continuation Coverage is not elected in that 60-day period, then the right to elect it ceases.

You and your Qualifying Beneficiary(ies) will have an independent right to elect COBRA Continuation Coverage. Covered Employees may elect COBRA Continuation Coverage on behalf of all other Qualified Beneficiaries, including your spouse, and you or the parents or a legal guardian may elect COBRA Continuation Coverage on behalf of their children.

In the event that UABT determines that the individual is not entitled to COBRA Continuation Coverage, the COBRA Administrator will provide to the individual an explanation as to why he or she is not entitled to COBRA Continuation Coverage.

(i) Waiver Before the End of the Election Period

If during the election period, you or your qualified beneficiary(ies) waive COBRA continuation coverage, the waiver can be revoked at any time before the end of the election period. Revocation of the waiver is an election of COBRA continuation coverage. However, if a waiver is later revoked, coverage need not be provided retroactively (that is, from the date of the loss of coverage until the waiver is revoked). Waivers and revocations of waivers are considered made on the date they are sent to UABT.

(j) Duration of COBRA Continuation Coverage

The maximum time period shown below shall dictate for how long COBRA Continuation Coverage will be available. The maximum time period for coverage is based on the type of the Qualifying Event and the status of the Qualified Beneficiary. Multiple Qualifying Events that may be combined under COBRA will not ordinarily continue coverage for more than 36 months beyond the date of the original Qualifying Event. When the Qualifying Event is "entitlement to Medicare," the 36-month continuation period is measured from the date of the original Qualifying Event. For all other Qualifying Events, the continuation period is measured from the date of the Qualifying Event, not the date of loss of coverage.

In the case of a bankruptcy Qualifying Event, the maximum coverage period for a Qualified Beneficiary who is the covered retiree ends on the date of the retiree's death. The maximum coverage period for a Qualified Beneficiary who is the covered Dependent of the retiree ends on the earlier of the Qualified Beneficiary's death or 36 months after the death of the retiree.

When the Qualifying Event is the death of the covered Employee (or former Employee), the covered Employee's (or former Employee's) becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both), a divorce or Legal Separation, or a Dependent Child's losing eligibility as a Dependent Child, COBRA Continuation Coverage lasts for up to a total of 36 months.

When the Qualifying Event is the end of employment or reduction of your hours of employment, and you became entitled to Medicare benefits less than 18 months before the Qualifying Event, COBRA Continuation Coverage for Qualified Beneficiaries other than the covered Employee lasts until 36 months after the date of Medicare entitlement. For example, if you become entitled to Medicare eight months before the date on which your employment terminates, COBRA Continuation Coverage you or your spouse and Children can last up to thirty-six months after the date of Medicare entitlement, which is equal to twenty-eight months after the date of the Qualifying Event (thirty-six months minus eight months).

Otherwise, when the Qualifying Event is the end of employment (for reasons other than gross misconduct) or reduction of your hours of employment, COBRA Continuation Coverage generally lasts for only up to a total of 18 months. There are two ways in which this 18-month period of COBRA Continuation Coverage can be extended.

(k) Disability Extension of COBRA Continuation Coverage

Disability can extend the 18-month period of continuation coverage for a Qualifying Event that is a termination of employment or reduction of hours if you or anyone in your family covered under the Plan is determined by the Social

Security Administration ("SSA") to be disabled, and you notify UABT. you and your dependents may be entitled to an additional 11 months of COBRA Continuation Coverage, for a total of 29 months, if the disability started at some time before the 60th day of COBRA Continuation Coverage and lasts at least until the end of the 18-month period of COBRA Continuation Coverage. The Plan can charge 150% of the premium cost for the extended period of coverage.

(l) Second Qualifying Event Extension of COBRA Continuation Coverage

If your family experiences another Qualifying Event while receiving 18 months of COBRA Continuation Coverage, your dependents may receive up to 18 additional months of COBRA Continuation Coverage, for a maximum of 36 months, if notice of the second Qualifying Event is provided to UABT. This extension may apply to the Employee's death, Medicare Parts A and/or B eligibility, divorce or Legal Separation, or a loss of Dependent status under the terms of the Plan if the event would have also caused the spouse or Dependent Child to lose coverage under the Plan regardless of whether the first Qualifying Event had occurred.

(m) Extended Coverage Only for California Participants

An eighteen (18) month extension of coverage to a cumulative thirty-six (36) month maximum will be available to any California Qualified Beneficiary.

(n) Shorter Duration of COBRA Continuation Coverage

COBRA establishes required periods of coverage for continuation health benefits. A plan, however, may provide longer periods of coverage beyond those required by COBRA. COBRA Qualified Beneficiaries generally are eligible for group coverage during a maximum of 18 months after Qualifying Events arising due to employment termination or reduction of hours of work. Certain Qualifying Events, or a second Qualifying Events during the initial period of coverage, may permit a Qualified Beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

It is not necessary that COBRA Continuation Coverage be in effect for the maximum period, as set forth herein. COBRA Continuation Coverage may conclude prior to the latest possible date if your Employer ceases to provide a group health plan to any Employee; you and/or Qualified Beneficiary fails to make payment within thirty (30) days of the due date of any required contributions or premium; you or your Qualified Beneficiary gains coverage under another group health plan or becomes entitled to either Medicare Part A or Part B (whichever comes first); and/or any other event occurs which enables the Plan Administrator to terminate coverage without offering COBRA Continuation Coverage (such as the commission of fraud by the Qualified Beneficiary and/or their Dependent). COBRA Continuation Coverage shall be extended to the first day of the month 30 days (or more) subsequent to the date upon which the SSA determined that the Qualified Beneficiary is no longer disabled.

(o) Contribution and/or Premium Requirements

The cost of the elected COBRA Continuation Coverage must be paid within 45 days of its election. Payments will then be subsequently due on the first day of each month. COBRA Continuation Coverage will be canceled and will not be reinstated if any payment is made late; however, UABT must allow for a 30-day grace period during which a late payment may still be made without the loss of COBRA Continuation Coverage.

(p) Trade Reform Act of 2002 and Trade Preferences Extension Act of 2015

The Trade Preferences Extension Act of 2015 has extended certain provisions of the Trade Reform Act of 2002, which created a special COBRA right applicable to certain employees who have been terminated or experienced a reduction of hours and who qualify for a "trade readjustment allowance" or "alternative trade adjustment assistance." These individuals can either take a Health Coverage Tax Credit (HCTC) or get advance payment of the applicable percentage of premiums paid for qualified health insurance coverage, including COBRA continuation coverage. These individuals are also entitled to a second opportunity to elect COBRA coverage for themselves and certain family members (if they did not already elect COBRA coverage). This election must be made within the 60-day period that begins on the first day of the month in which the individual becomes eligible for assistance under the Trade Reform Act of 2002. However, this election may not be made more than six months after the date the individual's group health plan coverage ends.

You or your qualified beneficiary(ies) eligibility for subsidies under the Trade Preferences Extension Act of 2015 affects you for subsidies that provide premium assistance for coverage purchased through the Health Insurance Marketplace. For each coverage month, you must choose one or the other, and if you receive both during a tax year, the IRS will reconcile your eligibility for each subsidy through your individual tax return. Participants may wish to consult their individual tax advisors concerning the benefits of using one subsidy or the other.

Participants may contact UABT for additional information or if they have any questions, they may call the Health Coverage Tax Credit Customer Contact Center toll-free at 1-866-628-4282. TTD/TTY callers may call toll-free at 1-866-626-4282. More information about the Trade Reform Act is available at www.doleta.gov/tradeact; for information about the Health Coverage Tax Credit (HCTC), please see: <https://www.irs.gov/Credits-&-Deductions/Individuals/HCTC>.

(q) Additional Information

Please contact the UABT COBRA Services with any questions about your plan and COBRA Continuation Coverage at the following:

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

For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, HIPAA, the Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact Member Services or the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) or visit <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's web-site.) For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov.

(r) Current Addresses

Important information may be distributed by mail. In order to protect your COBRA and those of your qualified beneficiary(ies) you should keep UABT informed of any changes in the addresses of family members.

Section 4, Alternative Coverage Options

You may be able to buy coverage through the Health Insurance Marketplace or Health Care Exchanges. In the Exchanges, you may also be eligible for a tax credit that lowers monthly premiums right away and you can see what the premiums, deductibles, and out-of-pocket costs will be before deciding to enroll. Being eligible for COBRA does not limit a Qualified Beneficiary's eligibility for coverage for a tax credit through the Exchange. Additionally, Qualified Beneficiaries may qualify for special enrollment opportunities for another group health plan for which they are eligible, such as a spouse's health plan.

Part IV, Benefits Extension

Section 1, Employee Life Benefits Extension

If you are totally and continuously disabled as a result of illness or injury at the time your regular eligibility for Group Life Insurance Benefits ends, you *may* qualify for an extension of benefits through a premium waiver for the duration of your total disability.

In the event you become totally disabled, you must file an application for a premium waiver with the Insurance Company providing group life insurance benefits to UABT when you have been unable to work for at least six (6) consecutive months, but less than twelve (12) months.

Failure to file an application for a premium waiver within the required six (6) to twelve (12) month limit may invalidate your right to premium waiver. Appropriate forms are available through the life insurance carrier indicated on your certificate of coverage or you may call UABT Member Service Department (800) 223.4590 for assistance.

Section 2, Benefits That Cannot Be Extended

No extension of benefits is provided during total disability for medical, prescription medication, dental, or vision plans provided by an independent carrier through UABT. All benefits under these coverages will end on the last day of the calendar month for which contribution is paid and accepted by the benefit provider.

Part V, General Definitions

There are several terms used in describing Plan benefits that have specific definitions. To assist you in understanding the limits of your Plan, the following definitions are included in alphabetic order. These definitions do not indicate that these are covered services or supplies and may be used to identify ineligible expenses, you should refer to the appropriate section for more information.

Section 1, Accident

The term "accident" or "accidental injury," as used in any of the Plan provisions refers to an unexpected incident that happens without the person's intent of injury, involving some external force, element, or object.

Special provisions, or additional benefits, for accidental injury are not payable for injuries that are intentionally self-inflicted. Accident benefits will also not apply to any injury resulting from: (a) a fight started or provoked by the patient; (b) any family quarrel; (c) substance abuse; (d) an act of war, declared or undeclared; disease or mental disorder; (e) medical, dental or surgical treatment; (f) injury sustained while the person was willfully engaged in an unusually hazardous activity; (g) injury sustained while intoxicated, under the influence of intoxicants, or under the influence of any narcotic unless administered on the advice of a doctor; or (h) injury sustained during participation in criminal activities and/or any illegal activities, not including minor traffic infractions.

Section 2, Activities of Daily Living

The term "activities of daily living" or ADL's as used in the Plan provisions refers to physical, occupational, or other therapy programs designed to train patients with impaired function to perform basic tasks such as eating, writing and personal hygiene.

Section 3, ADA

"ADA" means the American Dental Association

Section 4, Adverse Benefit Determination

The term: "adverse benefit determination" means any of the following:

- a) A denial in benefits.
- b) A reduction in benefits.
- c) A rescission of coverage resulting from an error by your employer or misrepresentation by you, even if the rescission does not impact a current claim for benefits.
- d) A termination of benefits.
- e) A failure to provide or make payment (in whole or in part) for a benefit, including any such denial, reduction, termination, or failure to provide or make payment that is based on a determination of a Participant's eligibility to participate in the Plan.
- f) A denial, reduction, or termination of, or a failure to provide or make payment (in whole or in part) for, a benefit resulting from the application of any utilization review.
- g) A failure to cover an item or service for which benefits are otherwise provided because it is determined to be Experimental or Investigational or not Medically Necessary or appropriate.

Section 5, Affordable Care Act (ACA)

The term "Affordable Care Act (ACA)" means the health care reform law enacted in March 2010. The law was enacted in two parts: The Patient Protection and Affordable Care Act was signed into law on March 23, 2010 and was amended by the Health Care and Education Reconciliation Act on March 30, 2010. The name "Affordable Care Act" is commonly used to refer to the final, amended version of the law. In this document, the Plan uses the name Affordable Care Act (ACA) to refer to the health care reform law.

Section 6, Allowable Expense

The term "Allowable Expense" means the Maximum Allowable Charge for medically necessary Covered Expense. Allowable expense refers to specific types of service, which are covered in full or in part under the terms of the Plan. Coverage for an allowable expense may be limited by specific Plan provisions or benefit maximums. When some "other plan" provides benefits in the form of services (rather than cash payments), the Plan Administrator shall assess the value of said benefit(s) and determine the reasonable cash value of the service or services rendered, by determining the amount that would be payable in accordance with

the terms of the Plan. Benefits payable under any Other Plan include the benefits that would have been payable had the claim been duly made therefore, whether or not it is actually made.”

Section 7, Alternative Recipient

The term “Alternative Recipient” is any child of a participant in UABT who is recognized under a medical child support order or national medical support notice as having a right to enrollment under the Plan as a dependent.

Section 8, Ambulatory Surgical Center

The term “Ambulatory Surgical Center” means a health care facility that offers you the opportunity to have selected surgical and procedural services performed outside the hospital setting. A center is a modern healthcare facility focused on providing same-day surgical care, including diagnostic and preventive procedures.

Section 9, Approved Clinical Trial

The term “Approved Clinical Trial” means a phase I, II, III or IV trial that is Federally funded by specified Agencies (National Institutes of Health (NIH), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), Department of Defense (DOD) or Veterans Affairs (VA), or a non-governmental entity identified by NIH guidelines) or is conducted under an Investigational new drug application reviewed by the Food and Drug Administration (FDA) (if such application is required). The Affordable Care Act requires that if a “qualified individual” is in an “approved clinical trial,” UABT cannot deny coverage for related services (“routine patient costs”).

A “qualified individual” is someone who is eligible to participate in an “approved clinical trial” and either the individual’s doctor has concluded that participation is appropriate, or the participant provides medical and scientific information establishing that their participation is appropriate.

“Routine patient costs” include all items and services consistent with the coverage provided in the plan that is typically covered for a qualified individual who is not enrolled in a clinical trial. Routine patient costs do not include 1) the Investigational item, device, or service itself; 2) items and services that are provided solely to satisfy data collection and analysis needs and that are not used in the direct clinical management of the patient; and 3) a service that is clearly inconsistent with the widely accepted and established standards of care for a particular diagnosis. Plans are not required to provide benefits for routine patient care services provided outside of the plan’s network area unless out-of-network benefits are otherwise provided under the plan.

Section 10, Assignment of Benefits

“Assignment of Benefits” shall mean an arrangement whereby the Participant, at the discretion of UABT, assigns their right to seek and receive payment of eligible Plan benefits, not including Deductibles, Co-payments, and the coinsurance percentage that is not paid by the Plan, in strict accordance with the terms of this Document, to a Provider. The UABT Plan does not allow or recognize Assignment of Benefits, which many providers require as a condition of treatment. However, if a Provider requires an Assignment of Benefits as defined in this Document and accepts this arrangement, Providers’ rights to receive Plan benefits are equal to those of a Participant and are limited by the terms of this Document. A Provider that accepts this arrangement indicates acceptance of an Assignment of Benefits and Deductibles, Co-payments, and the coinsurance percentage that is the responsibility of the Participant, as consideration in full for services, supplies, and/or treatment rendered. UABT may revoke or disregard an Assignment of Benefits at its discretion and continue to treat the Participant as the sole beneficiary. Assignment of Benefits will apply only to payment and does not transfer any other rights to a Provider from a Participant. An Assignment of Benefits does not appoint the Provider or any other person as an Authorized Representative for the purpose of pursuing legal action against UABT.

While Benefits may be payable to a Participant, or to a Provider that has accepted an Assignment of Benefits as consideration in full for services rendered, UABT may pay a Provider directly under provider network agreements. If payment is made directly to a Provider, the Provider and payment amount will be identified on the Explanation of Benefits (EOB).

Appointment of Authorized Representative

A Participant is permitted to appoint an authorized representative to act on his or her behalf with respect to a benefit claim or appeal of a denial. An Assignment of Benefits by a Participant to a Provider will not constitute appointment of that Provider as an authorized representative. To appoint such a representative, the Participant must complete a form which can be obtained from UABT. However, in connection with a claim involving Urgent Care, the Plan will permit a health care professional with knowledge of the Participant’s medical condition to act as the Participant’s authorized representative without completion of this form. In the event a Participant designates an authorized representative, all future communications from the Plan will be with the representative, rather than the Participant, unless the Participant directs UABT, in writing, to the contrary.

Assignments

Benefits for medical expenses covered under this Plan may be assigned by a Participant to the Provider as consideration in full for services rendered; however, if those benefits are paid directly to the Employee, the Plan shall be deemed to have fulfilled its obligations with respect to such benefits. The Plan will not be responsible for determining whether any such assignment is valid. Payment of benefits which have been assigned will be made directly to the assignee unless a written request not to honor the assignment, signed by the covered Employee and the assignee, has been received before the proof of loss is submitted.

No Participant shall at any time, either during the time in which he or she is a Participant in the Plan or following his or her termination as a Participant, in any manner, have any right to assign his or her right to sue to recover benefits under the Plan, to enforce rights due under the Plan or to any other causes of action which he or she may have against the Plan or its fiduciaries.

A Provider which accepts an Assignment of Benefits, in accordance with this Plan as consideration in full for services rendered, is bound by the rules and provisions set forth within the terms of this document.

Benefits due to any Network Provider will be considered "assigned" to such Provider and will be paid directly to such Provider, whether or not a written Assignment of Benefits was executed. Notwithstanding any assignment or non-Assignment of Benefits to the contrary, upon payment of the benefits due under the Plan, the Plan is deemed to have fulfilled its obligations with respect to such benefits, whether or not payment is made in accordance with any assignment or request.

Any medical, dental, or vision care benefits and prescription medications provided by the Plan may be limited or reduced if services are performed outside the United States. The Trust reserves the right to determine benefits payable, if any, for all such services. Assignment of benefits to providers located outside the United States will not be honored unless approved by UABT in advance of the date of services.

Please refer to Part VI, Section 4, Non-Panel Services Incurred Outside the U.S. for limits on assignment to providers located outside the United States.

Section 11, Calendar Year

The term "calendar year" means the period beginning January 1 and ending December 31 of each year.

Section 12, Certified Registered Nurse Anesthetist

The term "certified registered nurse anesthetist" means a licensed registered nurse who provides anesthetics to patients in collaboration with surgeons, anesthesiologists, dentists, podiatrists, and other qualified healthcare professionals. The registered nurse anesthetist must be certified (and/or recertified) by the Council on Certification of Nurse Anesthetists.

Section 13, Clean Claim

The term "clean claim" means a claim that can be processed in accordance with the terms of UABT without obtaining additional information from the Provider or a third party. It is a claim that does not lack required documentation, or a particular circumstance requiring special treatment which prevents timely payment, as set forth in this document, and only as permitted by this document, from being made.

A Clean Claim does not include claims under investigation for fraud and abuse or claims under review for Medical Necessity or other coverage criteria or fees under review for application of the Maximum Covered Expense or any other matter that may prevent the charge(s) from being Covered Expenses in accordance with the terms of this document.

Filing a Clean Claim. A Provider submits a Clean Claim by providing the required data elements on the standard claim forms, along with any attachments and additional elements or revisions to data elements, attachments, and additional elements, of which the Provider has knowledge. UABT may require attachments or other information in addition to these standard forms (as noted elsewhere in this document and at other times prior to claim submittal) to ensure charges constitute Covered Expenses as defined by and in accordance with the terms of this document. The paper claim form or electronic file record must include all required data elements and must be complete, legible, and accurate. A claim will not be considered to be a Clean Claim if the Participant has failed to submit required forms or additional information to the Plan as well.

Section 14, Complications of Pregnancy

The term "complications of pregnancy" means an extrauterine pregnancy, Cesarean Section, miscarriage, or severe illness (such as a major toxemia or hyperemesis gravidarum) which is caused by the pregnancy. Elective abortion is not considered a complication of pregnancy for benefit purposes.

Section 15, Continuity of Care

Under the Consolidated Appropriations Act (CAA) of 2021, a Continuing Care Patient who is undergoing treatment for a Serious and Complex Condition is permitted to elect to continue to receive network-level benefits from a provider (including

facilities) whose contractual relationship with the health plan has been terminated while the Patient is receiving care for a 90 day period.

A Continuing Care Patient is defined as an individual who is

Under treatment for a serious and complex condition from the provider or facility;

Under a course of institutional or inpatient care from a provider or facility;

Is scheduled to undergo a nonelective surgery from a provider, including post-operative care from the provider and/or facility;

Is pregnant and undergoing care for the pregnancy from the provider and/or facility;

Is, or was determined to be terminally ill and is receiving treatment for an illness from the provider and/or facility

A Serious and Complex Condition is defined as a condition that is serious enough to require specialized treatment to avoid death or permanent harm; or,

Is a condition that is considered life-threatening, degenerative, potentially disabling or congenital and requires specialized care over a prolonged period of time.

Section 16, Continuation of Coverage

The term "continuation of coverage" refers to a continuation of all applicable benefits for all eligible family members under special circumstances, according to the terms of the Plan.

Section 17, Contracting Panel

The UABT Contracting Panel or "Network Panel" is a Preferred Provider Organization ("PPO") through which UABT contracts for health, dental, and vision care services for covered beneficiaries. These providers have contracted with the PPO to accept a competitive rate structure for medical services performed. Benefits due to any Network Panel provider will be considered "assigned" to such Provider and will be paid directly to such Provider, whether or not a written Assignment of Benefits was executed.

A list of the Contracting Panel providers is available at no cost to you from UABT on request, is accessible online or you can call the PPO at the telephone number listed on the back of your UABT Identification Card.

Section 18, Contracting Providers and Hospitals

The term "Contracting Provider" or "Network Providers" refers to a doctor, dentist, laboratory, or other service provider that has a contract with UABT or its PPO network at the time services are rendered. Contracting Providers agree to accept the negotiated fees as payment in full for covered services.

The term "Contracting Hospital" or "Network Hospital" refers to a hospital that has a contract with the Trust or its PPO network at the time services are rendered. Contracting Hospitals agree to accept the negotiated fees instead of their billed fees. Benefits due to any Network Panel provider will be considered "assigned" to such Provider and will be paid directly to such Provider, whether or not a written Assignment of Benefits was executed.

A list of Contracting Providers and Contracting Hospitals is available at no cost to you from UABT on request or you can call the PPO at the telephone number listed on the back of your UABT Identification Card.

Section 19, Coordination of Benefits (C.O.B.)

The term "coordination of benefits" or "C.O.B." refers to Plan provisions which limit total payment under two or more benefit plans so that no more than the Maximum Allowable Charge for covered medical, dental, or vision care or prescription medication expense is paid by the combination of plans.

Section 20, Co-Payment

The term "Co-Payment" or "Co-Pay" means the patient's cost sharing requirement(s) as specified in the applicable Schedule of Medical, Dental, Prescription Medication and/or Vision Expense Benefits.

Section 21, Cosmetic Surgery

The term "cosmetic surgery" refers to procedures intended to improve physical appearance where there is no functional impairment. The term "cosmetic surgery" does not apply to the expense incurred for repair of an injury sustained within one year of an accident which occurred while the person was covered for benefits under the Plan, for correction of congenital deformity in a child who was eligible under the Plan at birth, and/or to post-mastectomy reconstructive surgery to achieve symmetry between the breasts, prostheses and complications resulting from a mastectomy (including lymphedema).

Section 22, Covered Expense

The term "Covered Expense" means the Maximum Allowable Charge for a medically necessary service, treatment, or supply(ies). Expense incurred for a type of treatment, service, or supply which is allowed by the Plan, if all Plan Definitions have been satisfied; the services are not excluded by Plan Limitation, and; the charges do not exceed the applicable benefit maximum which will be determined based upon all other Plan provisions designated in the schedules of benefits.. Covered Expense for an eligible Medically Necessary service, treatment, or supply, meant to improve a condition or Participant's health, which is eligible for coverage in accordance with this Plan. When more than one treatment option is available, and one option is no more effective than another, the Covered Expense is the least costly option that is no less effective than any other option.

Section 23, Custodial, Rehabilitative or Maintenance Care

The terms custodial, rehabilitative, or maintenance care refer to any care that is no longer classified as acute, when the patient's progress has essentially stabilized, and the medical impairment must be considered permanent. Such care is not reasonably expected to improve the underlying medical condition, even though it may relieve symptoms of pain. This care includes but is not limited to, bathing, dressing, feeding, preparation of special diets, assistance in walking or getting in or out of bed, supervision over medication which can normally be self-administered, all domestic activities. Further, this type of care would include, but is not limited to, care in a rehabilitation wing of an acute care hospital, extended care facility, or skilled nursing facility, except as provided for under any Convalescent Hospital or Extended Care Facility provision of the plan.

Section 24, Deductible

The term "deductible" or "cash deductible" means the amount of covered expense that must be incurred by you or your dependent(s) before benefits are payable under the terms of the Plan. Charges that do not qualify as covered expense cannot be used to satisfy any part of the patient's deductible. Please note, your deductible may reset if you change to or from an HSA qualified plan.

Section 25, Dental Services

The term "dental services" means services covered in the Schedule of Dental Expense Benefits or medically necessary medical services for the payment for reduction of fractures of jaws or facial bones, severe malocclusion/impacted wisdom teeth that are not fully erupted; stones from salivary ducts; excision of malignancies of the mouth; oral surgeries that do not involve the teeth or their supporting structures and any outpatient surgery patients who may be immune-compromised. Services to treat temporomandibular joint disorder are a Covered Expense under the medical benefit.

Section 26, Diagnostic Service

The term "diagnostic service" means medically prescribed services for the purpose of providing diagnosis to promote and maintain health.

Section 27, Drug

The term "drug" means a "chemical substance, prescribed by a medical provider that is used in the diagnosis, treatment, or prevention of a condition or disease.

Section 28, Durable Medical Equipment

The term "durable medical equipment" means physician-prescribed medical equipment which 1) can withstand repeated use i.e. could normally be rented and used by successive patients and 2) is primarily and customarily used to serve a medical purpose, and 3) generally is not useful to a person in the absence of an illness or injury and 4) is appropriate for use in the home and 5) serve a specific therapeutic purpose in the treatment of an illness or injury. Examples include wheelchairs (manual and electric), hospital beds, traction equipment, canes, crutches, walkers, kidney machines, ventilators, oxygen, monitors, pressure mattresses, lifts, and nebulizers.

The Plan will limit benefits for the rental of the equipment up to the purchase price amount and will only cover the cost of standard equipment. All durable medical equipment must be prescribed by a doctor or medical professional indicating that the equipment is medically necessary.

Section 29, Doctor

The term "doctor" means only a physician who is practicing within the scope of his or her license as a Doctor of Medicine (M.D.) or Osteopathy (D.O.); or, to the extent that specific benefits are provided under the Plan, a Doctor of Acupuncture Dentistry, Podiatry, Optometry or Chiropractic who are properly licensed and credentialed in their field of medicine. A licensed Optician, Psychologist or, Christian Science Practitioner is also included when performing services covered by the Plan.

Section 30, Essential Health Benefits

The term "essential health benefits" as defined by the Affordable Care Act, shall mean, those health benefits to include at least the following general categories and the items and services covered within the categories: ambulatory patient services; emergency services; hospitalization; maternity and newborn care; mental health and substance abuse disorder services, including behavioral health treatment; prescription Drugs; rehabilitative and Habilitative Services and devices; laboratory services; preventive and wellness services and chronic disease management; and pediatric services, including oral and vision care.

The determination of which benefits provided under the plan are Essential Health Benefits shall be made in accordance with the benchmark plan of California as permitted by the Departments of Labor, Treasury and Health and Human Services.

Section 31, Excluded Expense

The term "excluded expense" refers to charges or services that are specifically excluded by Plan Definition or Limitation.

Section 32, Experimental and/or Investigational Procedure - Medication/Procedure

The terms "experimental procedures", "investigational treatment" "investigational procedure" or "experimental treatment" refers to medications, therapy, surgery, clinical trials, treatment protocols, or other medical treatment still under study, not recognized as accepted medical practice and/or defined as experimental by the American Medical Association and/or the Centers for Medicare and Medicaid (CMS). Items, drugs, or substances which come under the jurisdiction of the United States federal Food and Drug Administration which are being tested but have not been approved by the FDA and/or CMS or approved drugs used for unrecognized, unaccepted, or not approved treatment protocol, are also considered experimental.

These services are not included under or as Medicare reimbursable procedures, and include services, supplies, care, procedures, treatments, or courses of treatment that meet either of the following requirements:

- 1) Do not constitute accepted medical practice under the standards of the case and by the standards of a reasonable segment of the medical community or government oversight agencies at the time rendered.
- 2) Are rendered on a research basis as determined by the United States Food and Drug Administration and the AMA's Council on Medical Specialty Societies.

All phases of clinical trials shall be considered Experimental.

A new to market drug, device, or medical treatment or procedure is experimental or investigative if one of the following requirements is met:

- 1) If the drug or device cannot be lawfully marketed without the approval of the U.S. Food and Drug Administration, and/or the approval of the FDA Advisory Board.
- 2) The approval for marketing has not been given at the time the drug or device is furnished; or
- 3) If reliable evidence shows that the drug, device or medical treatment, or procedure is the subject of ongoing Phase I, II, or III clinical trials or under study to determine all the following:
 - (a) Maximum tolerated dose.
 - (b) Toxicity.
 - (c) Safety.
 - (d) Efficacy.
 - (e) Efficacy as compared with the standard means of treatment or Diagnosis.
- 4) If reliable evidence shows that the consensus among experts regarding the drug, device, or medical treatment or procedure is that further studies or clinical trials are necessary to determine all the following:
 - (a) Maximum tolerated dose.
 - (b) Toxicity.
 - (c) Safety.
 - (d) Efficacy.
 - (e) Efficacy as compared with the standard means of treatment or Diagnosis.

Reliable evidence shall mean one or more of the following:

- 1) Only published reports and articles in the authoritative medical and scientific literature.
- 2) The written protocol or protocols used by the treating facility or the protocol(s) of another facility studying substantially the same drug, device, or medical treatment or procedure.
- 3) The written informed consent used by the treating facility or by another facility studying substantially the same drug, device, or medical treatment or procedure.

A Drug approved by the FDA but used in a non-approved treatment is not considered experimental or investigative and has the same coverage as any other prescription medication provided it is recognized as being medically necessary and medically appropriate for the specific treatment for which it has been prescribed by at least one of the following:

- (a) The American Medical Association Drug Evaluations
- (b) The American Hospital Formulary Service Drug Information
- (c) The United States Pharmacopeia Drug Information; or
- (d) A clinical study or review article in a reviewed professional journal.

Subject to medical opinion, if no other FDA approved treatment is feasible and as a result, the patient faces a life-or-death medical condition, the Plan Administrator retains discretionary authority to cover the services or treatment.

The Plan Administrator retains maximum legal authority and discretion to determine what is Experimental or Investigational.

Section 33, Explanation of Benefits (EOB)

The term "Explanation of Benefits" (EOB) means a statement UABT sends to you which shows charges, payments, and any balances owed to a provider. It may be sent by mail or e-mail. An Explanation of Benefits may serve as an Adverse Benefit Determination.

Section 34, Extended Care Facility

The term "extended care facility" means either a free-standing medical facility that is licensed as a convalescent or rehabilitation hospital; or a specific area in an acute care hospital that functions primarily as convalescent care or rehabilitation unit. Such facility or unit must qualify as an "Extended Care Facility" under Federal Medicare rules and regulations.

Section 35, Facility

The term "Facility" means licensed, lawfully operating location and/or sources of medical services. They include hospitals, outpatient surgical centers, dialysis centers, hospice care, home health care, private duty nursing, clinics, out-patientcare centers, and specialized care centers.

Section 36, Genetic Information

The term "genetic information" means information about an individual's genetic tests, the genetic tests of family members of the individual, the manifestation of a disease or disorder in family members of the individual or any request for or receipt of genetic services, or participation in clinical research that includes genetic services by the individual or a family member of the individual. The term genetic information includes, with respect to a pregnant woman (or a family member of a pregnant woman) genetic information about the fetus and with respect to an individual using assisted reproductive technology, genetic information about the embryo.

Section 37, Habilitative Services

The term "habilitative services" means health care services that help a person keep, learn, or improve skills and functions needed for daily living. These services may include physical or occupational therapy, speech-language therapy, and others similar services for people with disabilities in a variety of inpatient and/or outpatient settings.

Section 38, Health and Wellness Clinics

The term "Health and Wellness Clinics" means UnitedAg health and wellness clinics that provide you and your dependents a full range of medical and treatment services focused on the unique needs of the agricultural community – from acute and episodic care to health-risk and disease management to wellness and prevention. Many of the services mentioned are available to you at a \$0-dollar copay with no deductible for most plans.

Section 39, Health Insurance Marketplace ("Exchange")

The term "Health Insurance Marketplace ("Exchange")" was created by the Affordable Care Act which created a new mechanism for purchasing coverage called Exchanges, which are entities that will be set up in states to create a more organized and competitive market for health insurance by offering a choice of health plans, establishing common rules regarding the offering and pricing of insurance, and providing information to help consumers better understand the options available to them.

Section 40, HIPAA

The term "HIPAA" means the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, as amended.

Section 41, Home Health Care

The term "Home Health Care" means health care services that can be given in your home for an illness or injury.

Home health care may include occupational and physical therapy, speech therapy, and skilled nursing. It may involve helping older adults with activities of daily living, such as bathing, dressing, and eating. Home health care professionals are often licensed practical nurses, therapists, or home health aides.

Home health care does not include a private duty nurse.

Section 42, Hospital

The term "hospital" means only a licensed, lawfully operating medical facility which meets all of the following requirements: (a) maintains permanent facilities for the care of five or more resident bed patients, (b) has a resident doctor on duty at all times, (c) has facilities for major surgery, (d) provides twenty-four (24) hour a day nursing which is supervised by a registered graduate nurse; and (e) primarily provides general diagnostic and therapeutic medical care on a basis other than a rest home, nursing home, convalescent hospital, extended care facility, home for the aged or substance abuse treatment center.

Section 43, Hospital Confinement

The term "hospital confinement" for benefits purposes means: (a) confinement in a hospital as a registered bed patient for at least twenty-four (24) consecutive hours including out-patient pre-admission testing prior to hospitalization, (b) admission to the outpatient department of a hospital for a surgical procedure or (c) treatment in the hospital emergency room within forty-eight (48) hours of an accidental injury.

Section 44, Incurred Date

The term "incurred date" for a given service or supply refers to the date the service was rendered, or the supply was furnished to the patient. If treatment is done in phases, covered expenses are incurred at stages of treatment are performed.

Section 45, Incurred Date, Pregnancy Expense

The term "incurred date" with regard to case fees for total obstetrical care means the date of actual delivery, miscarriage or termination of pregnancy, regardless of the date of billing, payment or services.

Section 46, Intensive Care Unit (ICU)

The term "intensive care unit" or "I.C.U." for benefits purposes refers to a separate hospital area, used solely for treatment of patients in critical condition, which provides round-the-clock monitoring by special duty nurses and medical equipment. The term includes Coronary Care Unit (C.C.U.) and Critical Burn Care Unit.

Section 47, Leave of Absence

The term "leave of absence" means a period of time during which you must be away from your primary job with your employer, while maintaining the status of Employee during time away from work, generally requested by you and having been approved by your employer, and as provided for in your employer's rules, policies, procedures, and practices where applicable.

Section 48, "Legal Separation" and/or "Legally Separated"

The term "legal separation" and/or "legally separated" shall mean an arrangement under the applicable state laws to remain married but maintain separate lives, pursuant to a valid court order.

Section 49, Major Diagnostic Procedure

The term "Major Diagnostic Procedure" means diagnostic procedures commonly done in a free-standing imaging center or hospital/facility including, but not limited to the following: Bone Scans, Stress Tests, CT Scans, Nuclear Medicine tests, MRI's, MRA's, Myelography, and PET scans.

Section 50, Maximum Allowable Charge

The term "Maximum Allowable Charge" the benefit payable for a specific service or treatment will be the contracted negotiated rate with the Trust's contracted provider organization(s) (if one exists).

If no negotiated rate exists, the maximum allowable charge will be determined by the Plan to be the Medicare reimbursement rates presently utilized by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) either multiplied by 150% or multiplied by a percentage that the Provider and/ or others in the area customarily accept from all payers.

If no Medicare reimbursement rate is available for a given item of treatment, service, or supply, Medicare reimbursement rates will be calculated based on one of the following:

- (a) Prices established by CMS utilizing standard Medicare Payment methods and/ or based upon supplemental Medicare or Medicaid pricing data for items Medicare does not cover based on data from CMS;

- (b) Prices established by CMS utilizing standard Medicare payment methods and/ or based upon prevailing Medicare rates in the community for non-Medicare facilities for similar services and/ or supplies provided by similarly skilled and trained providers of care; or
- (c) Prices established by CMS utilizing standard Medicare payment methods for items in alternate settings based on Medicare rates provided for similar services and/ or supplies paid to similarly skilled and trained providers of care in traditional settings.

With respect to Non-Network Emergency Services the Plan allowance is greater of:

- (a) The Qualifying Payment Amount,
- (b) If applicable, the negotiated amount for In-Network Providers (the median amount if more than one amount to In-Network Providers).
- (c) The Plan's normal Non-Network payable amount after consideration of the criteria described below (reduced for cost-sharing).
- (d) The amount that Medicare Parts A or B would pay (reduced for cost-sharing).

If and only if none of the factors above is applicable, the Plan Administrator will exercise its discretion to determine the maximum allowable charge based on any of the following: (i) Medicare cost data; (ii) amounts collected by providers in the area for similar services; or (iii) average wholesale price (AWP) or manufacturer's retail pricing (MRP). These ancillary factors will take into account generally accepted billing standards and practices.

When more than one treatment option is available, and one option is no more effective than the other, the least costly option that is no less effective than any other option will be considered within the maximum allowable charge. The maximum allowable charge will be limited to an amount which, in the Plan Administrator's discretion, is charged for services or supplies that are not unreasonably caused by the treating Provider, including errors in medical care that are clearly identifiable, preventable, and serious in their consequences for patients. A finding of Provider negligence or malpractice is not required for services or fees to be considered ineligible pursuant to this provision

Section 51, Medical Emergency

The term "emergency medical condition" means a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that a prudent layperson, who possesses an average knowledge of health and medicine, could reasonably expect the absence of immediate medical attention to result in a condition described in Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA), including (1) placing the health of the individual (or, with respect to a pregnant woman, the health of the woman or her unborn child) in serious jeopardy, (2) serious impairment to bodily functions, or (3) serious dysfunction of any bodily organ or part. This definition includes mental health conditions and substance use disorders. Other Medical Emergencies and acute conditions may be considered on receipt of proof, satisfactory to the Plan, per the Plan Administrator's discretion, that an Emergency did exist.

Consistent with Section 1867 of the Social Security Act, "Emergency Services" shall mean (1) an appropriate medical screening examination that is within the capability of the emergency department of a hospital or an independent freestanding emergency department, including ancillary services routinely available to the emergency department, to evaluate whether an emergency medical condition exists; and (2) such further medical examination and treatment as may be required to stabilize the individual (regardless of the department of the hospital in which the further medical examination and treatment is furnished) within the capabilities of the staff and facilities available at the hospital or the independent freestanding emergency department.

An "independent freestanding emergency department" is intended to include any health care facility that is geographically separate and distinct from a hospital, and that is licensed by a state to provide emergency services, even if the facility is not licensed under the term "independent freestanding emergency department."

No Surprises Act cost-sharing and balance billing protections continue from the emergency room to post-stabilization services in a hospital or freestanding emergency department until the attending emergency physician or treating provider determines that the participant, beneficiary, or enrollee is able to travel using nonmedical transportation or nonemergency medical transportation to an available participating provider or facility located within a reasonable travel distance, taking into consideration the individual's medical condition. Notice and consent as well as any additional state law requirements must also be met consistent with 45 CFR 149.410(b)(1), 45 CFR 149.410(b)(2), 45 CFR 149.420(c) through (g), 45 CFR 149.410(b)(3) and 45 CFR 149.410(b)(5).

Section 52, Medical Record Review

The term "Medical Record Review" means measurement and review of medical records to compare documentation of care to measurable criteria. Service quality is measured by reviewing each clinic's process for assuring the timeliness and safety of appropriate patient care. This includes emergency, urgent and non-urgent care. The review also considers the medical necessity of the treatment and service.

Section 53, Mental or Nervous Disorder

The term "mental or nervous disorder" means any disease or condition, regardless of whether the cause is organic, that is classified as a Mental or Nervous Disorder in the current edition of the International Classification of Diseases, published by the U.S. Department of Health and Human Services, is listed in the current edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, published by the American Psychiatric Association or other relevant State guideline or applicable sources. The fact that a disorder is listed in any of these sources does not mean that treatment of the disorder is covered by the plan.

Section 54, Mexico Panel

The term "Mexico Panel" refers to a doctor, hospital, clinic, dentist, laboratory, or other service providers in Mexico that has a contract with UABT at the time services are rendered. Mexico Panel providers agree to accept the negotiated fees as payment in full for covered services.

Photo identification will be required each time you visit a Mexico Panel Provider. If the provider is unable to verify your eligibility for benefits at the time of your visit, you may be required to make payment in full or place a deposit before services are rendered. This amount will be refunded as soon as eligibility is confirmed.

A list of Mexico Panel Providers is available from UABT on request at no cost to you.

Section 55, Necessary Services and Supplies

The term "necessary services and supplies" means only those services and supplies which are medically necessary for the treatment of an illness or injury. To qualify, services must be performed by or under the direction of a doctor, and supplies must be dispensed, prescribed, or ordered by a doctor.

Any service or supplies must: (a) meet the prevailing standard for medical care rendered to comparable cases in the geographic area, (b) be a medical procedure or practice which is approved in the United States; and (c) meet the requirements of any governing body or agency having jurisdiction over the type of service or supply being furnished.

"Medically Necessary", "Medical Necessity" and similar language refers to health care services ordered by a Physician exercising prudent clinical judgment provided to a Participant for the purposes of evaluation, Diagnosis or treatment of that Participant's Sickness or Injury. Such services, to be considered Medically Necessary, must be clinically appropriate in terms of type, frequency, extent, site and duration for the diagnosis or treatment of the Participant's Sickness or Injury. The Medically Necessary setting and level of service is that setting and level of service which, considering the Participant's medical symptoms and conditions, cannot be provided in a less intensive medical setting. Such services, to be considered Medically Necessary must be no more costly than alternative interventions, including no intervention and are at least as likely to produce equivalent therapeutic or diagnostic results as to the diagnosis or treatment of the Participant's Sickness or Injury without adversely affecting the Participant's medical condition. The service must meet all the following requirements (a) its purpose must be to restore health; (b) it must not be primarily custodial in nature; (c) it is ordered by a physician for the diagnosis or treatment of a sickness or injury; and (d) UABT reserved the right to incorporate CMS guidelines in effect on the date of treatment as additional criteria for determination of Medical Necessity and/or Covered Expense.

For Hospital stays, this means that acute care as an inpatient is necessary due to the kind of services you or your dependent(s) is receiving, or the severity of the condition and that safe and adequate care cannot be received as an Out-patient or in a less intensified medical setting.

The mere fact that the service is furnished, prescribed, or approved by a Physician does not necessarily mean that it is "Medically Necessary." In addition, the fact that certain services are specifically excluded from coverage under this Plan because they are not "Medically Necessary" does not mean that all other services are "Medically Necessary."

Off-label drug use is considered Medically Necessary when all the following conditions are met:

- (a) The drug is approved by the Food and Drug Administration (FDA).
- (b) The prescribed drug use is supported by one of the following standard reference sources:
 - 1) Micromedex® DRUGDEX®.
 - 2) The American Hospital Formulary Service Drug Information
 - 3) Medicare (established by Title XVIII of the Social Security Act of 1965, as amended) approved compendia.
 - 4) Scientific evidence is supported in well-designed clinical trials published in peer-reviewed medical journals, which demonstrate that the Drug is safe and effective for the specific condition.

The drug is otherwise Medically Necessary to treat the specific condition, including life-threatening conditions or chronic and seriously debilitating conditions.

Section 56, Non-Contracting Providers and Hospitals

The terms "Non-Contracting Provider", "Non-Contracting Hospital", "Non-Network Provider", "Non-Network Hospital", "Non-Panel Provider" and "Non-Panel Hospital" refer to health service providers who do not have a contract in effect with the Trust or its contracted network(s) at the time services are rendered. Covered Expense for services rendered by a Non-Contracting Provider is limited as stated in your applicable Schedule(s) of Expense Benefits or Benefit Summaries.

Section 57, Nurse

The term "nurse" for benefit payment purposes means only a Registered Graduate Nurse (RN) who is not a member of you or your spouse's immediate family. A Licensed Vocational Nurse (LVN) or Licensed Practical Nurse (LPN) does not qualify unless an RN was ordered by the doctor and no RN was available for duty.

Section 58, Occupational Therapy

The term "occupational therapy" for benefit payment purposes means physical therapy intended to restore or strengthen hand or arm movement which has been impaired by injury or illness.

Section 59, Obesity Treatment

Obesity screening and counseling is a Covered Expense when you are determined morbidly obese by a licensed physician and have met criteria for the procedure based on nationally recognized clinical guidelines. UABT pre-authorization must be obtained for any procedure, including but not limited to Roux-en-Y gastric bypass, gastric banding (adjustable or non-adjustable), sleeve gastrectomy, malabsorption procedures (biliopancreatic diversion, duodenal switch) and vertical banded gastroplasty.

Section 60, Other Plan

The term "Other Plan" means any plan, policy or coverage providing benefits or services for, or by reason of medical, dental or vision care. Such other plan(s) include auto insurance, workers' compensation insurance, crime victims' restitution, etc. . "Other Plan" also include Medicare, Medicaid, or a state child health insurance program (CHIP). Other Plan does not include flexible spending accounts (FSA), health reimbursement accounts (HRA), health savings accounts (HSA), or individual medical, dental or vision insurance policies:

Section 61, Out-of-Pocket Maximum

The term "Out-of-Pocket Maximum" means the highest amount of Covered Expense you will be responsible to pay in any given calendar year before the Trust begins to pay 100% of the Covered Expense for the remainder of that year. Your Out-of-Pocket Maximum includes your deductible and co-insurance percentage payable. Your Plan may also include any applicable co-payments for specific medical services. Your Out-of-Pocket Maximums may differ for Contracted versus Non-Contracted provider services.

Unless your Medical Benefits Plan is identified as a "Grandfathered Plan", your combined Contracting Provider Out-of-Pocket Maximum for deductibles, co-insurance percentage payable and all co-payments under both the Medical and Prescription Plans cannot exceed the ACA Out-of-Pocket Maximum in a calendar year. (Note this maximum may be adjusted by federal mandate and your plan will automatically adjust to comply with such mandate.)

Any medical and/or prescription drug expense that does not meet the Plan definition of Covered Expense cannot be applied toward your Out-of-Pocket Maximum.

Please Note, your Out-of-Pocket Maximum may reset if you change to or from an HSA qualified plan.

Section 62, Percentage Payable

The term "Percentage Payable" (or co-insurance) means a benefit plan in which you pay a share of the payment made against a claim. The percentage payable is part of your out-of-pocket costs for a claim.

Section 63, Peer Review

The term "peer review" means an appropriately credentialed, independent medical consultant(s) or review board chosen by UABT to assist in determining "necessary services and supplies", quality of care and/or "usual and customary fees", as defined in Part V, Sections 55 and 87. Claims sent to peer review for determination could take up to 21 days to review. You or your provider may also be requested to provide additional information in connection with the review process.

Section 64, Per Cause

The term "per cause" for benefits purposes refers to any one accident or all illnesses which are being treated at the same time. Any benefit limited by this term will renew if the patient goes six (6) consecutive months without treatment for the condition being limited.

Section 65, Per Confinement

The term "per confinement" as it pertains to you refers to any one accident, or all illnesses being treated at the same time. If you are an active employee, any benefit limited by this term will renew when you return to work for one full day or are treatment free for six (6) consecutive months between confinements. For dependents, successive hospitalization for the same cause will be considered one confinement unless the patient goes six (6) consecutive months without treatment for the condition being limited.

Section 66, Per Disability

The term "per disability" as it pertains to you, for benefit purposes, refers to any one accident, or all illnesses that are being treated at the same time. If you are an active employee, any benefit limited by this term will renew when you return to work for one full day or are treatment free for six (6) consecutive months. For dependents, the benefits will renew if the patient goes six (6) consecutive months without treatment for the condition being limited.

Section 67, Physician's Assistant

The term "physician's assistant" means a health professional licensed to practice medicine with physician supervision. Within the physician assistant/physician relationship, PAs may exercise autonomy in medical decision making and provide a broad range of diagnostic and therapeutic services. Physician Assistants interview patients, compile patient's medical histories, perform physical examinations and, as necessary, order or perform required diagnostic laboratory tests.

Section 68, Preventative Care

"Preventive care" shall mean certain preventive care services.

To comply with the ACA, and in accordance with the recommendations and guidelines, UABT plans provide In-Network coverage for: Benefits for "preventative care" include items or services that have in effect a rating of "A" or "B" in the current recommendations of the U.S. Preventative Service Task Force; immunizations for routine use in children, adolescents and adults that have in effect a recommendation from the Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention; for infants, children and adolescents, evidence-informed preventive care and screenings provided in guidelines supported by Health Resources and Service Administration; and, for women evidenced-informed preventative care and screening provided for in the comprehensive guidelines supported by HRSA.

Copies of the recommendations and guidelines may be found at the following websites: <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;
- (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>;

For more information, please contact the UABT Plan Administrator or your Employer.

Section 69, Provider

The term "provider" refers to a licensed medical professional acting within the scope of his/her license, including but not limited to, doctor, nurse, hospital, pharmacy, technician, therapist, clinic, or medical supply house which provided the service or furnished the supplies for which the patient was billed.

"Scope of practice" is defined as the activities that an individual health care practitioner is permitted to perform within a specific profession. Those activities should be based on appropriate education, training, and experience.

Section 70, Psychological or Psychiatric Services

The term "psychological or psychiatric services" for benefits purposes includes psychotherapy, psychometric testing, prescription drug therapy, and other medical care specifically described as treatment or diagnosis of a recognized mental or nervous

disorder. The term also includes cognitive function studies and other diagnostic studies designed to measure levels of mental or cognitive impairment regardless of cause or purpose.

Section 71, Qualifying Payment Amount (QPA)

The qualifying payment amount (QPA) as established in the No Surprises Act (NSA) is the amount the Plan will base its payment amount for eligible plan expenses covered by the balance-billing provisions of the NSA. It is the median in-network contracted rate for a medical service or supply furnished in a particular geographic region. This amount is what the Plan will use as the Maximum Plan Allowable and the basis on which benefits will be calculated.

Section 72, Reasonable or Reasonableness

The term “Reasonable” and/or “Reasonableness” for benefits purposes means in the Plan Administrator’s discretion, services, or supplies, or fees for services or supplies which are necessary for the care and treatment of illness or injury not caused by the treating Provider. A Determination that fee(s) or services are Reasonable will be made by the Plan Administrator, taking into consideration unusual circumstances or complications requiring additional time, skill, and experience in connection with a particular service or supply; industry standards and practices as they relate to similar scenarios; and the cause of injury or illness necessitating the service(s) and/ or charges(s).

This determination will consider but will not be limited to, the findings and assessments of the following entities: (a) The National Medical Associations, Societies, and organizations; and (b) the Food and Drug Administration. To be Reasonable, service(s) and/ or fee(s) must be in compliance with generally accepted billing practices for unbundled or multiple procedures. Services, supplies, care and/ or treatment that result from errors in medical care that are clearly identifiable, preventable, and serious in their consequences for patients, are not Reasonable. The Plan Administrator retains discretionary authority to determine whether service(s) and/ or fee(s) are Reasonable based upon information presented to the Plan Administrator. A finding of Provider negligence and/ or malpractice is not required for service(s) and/ or fee(s) to be considered not Reasonable.

Charge(s) and/ or services are not considered to be Reasonable, and as such are not eligible for payment (exceed the Maximum Allowable Charge), when they result from Provider error(s) and/ or facility-acquired conditions deemed “reasonably preventable” through the use of evidence-based guidelines, taking into consideration but not limited to CMS guidelines.

The Plan reserves for itself and parties acting on its behalf the right to review charges processed and/ or paid by the Plan, to identify charge(s) and/ or service(s) that are not Reasonable and therefore not eligible for payment by the Plan.

Section 73, Rehabilitation Hospital

The term “Rehabilitation hospitals” means inpatient facilities devoted to the rehabilitation of patients with various neurological, musculoskeletal, orthopedic, and other medical conditions following stabilization of their acute medical issues.

Section 74, Residential Treatment Coverage

The term “Residential Treatment Coverage” means treatment at a residential treatment center, sometimes called a rehabilitation center or rehab center, which is a live-in health care facility providing therapy for substance use disorders, mental illness, or other behavioral problems.

Section 75, Semi-Private Room

The term “semi-private room” refers to a hospital room that accommodates two (2) patients.

Section 76, Skilled Nursing Facility

The term “skilled nursing facility” is an in-patient rehabilitation and medical treatment center staffed with trained medical professionals. The facility provides the medically necessary services of licensed nurses, physical and occupational therapists, speech pathologists, and audiologists. Skilled nursing facilities give patients round-the-clock assistance with healthcare and activities of daily living (ADLs).

Section 77, Special Provision (Circumstances)

The term “Special Provisions (Circumstances)”, means treatment by a non-contracting provider when no contracting providers are available within a 50 mile radius of the participant’s current address. If Special Provisions exist, services provided by the non-contracting provider will be covered at the In Network level of benefits and the in-network Deductible and Out of Pocket Maximum will apply.

Section 78, Subrogation

The term "Subrogation" refers to the Trust's right to full reimbursement (as an ERISA benefit plan) for claims expenses advanced on behalf of a participant determined injured by a third party which includes the right to file a lien against any Third Party having primary responsibility for the patient's medical, dental or vision treatment or against the proceeds of any recovery by the patient and against future benefits due under the Plan, before paying benefits under the Plan for those services.

In addition to its right to subrogate, UABT mandates that the patient and legal counsel (if utilized) contractually agree to reimburse the Trust in full from any and all judgment, settlement, compromise or verdict for benefits advanced prior to settlement for claims incurred as a result of the Third-Party injury or illness. This promise of repayment creates an "equitable lien by agreement". UABT shall have the specific and first right of reimbursement out of the proceeds of any such judgment, settlement, compromise, or verdict resulting from a third party's assumed or decreed liability for said accident or illness.

Section 79, Substance Abuse/Substance Use Disorder

The term "Substance Abuse" wherever used in the Plan descriptive material refers to any disease or condition that is classified as a Substance Use Disorder other addiction to or voluntary abuse of controlled substances as listed in the current edition of the International Classification of Diseases, published by the U.S. Department of Health and Human Services, as listed in the current edition of Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, published by the American Psychiatric Association Included in this definition is voluntary abuse of inhaled, ingested or injected substances used by the patient in a manner not advised by the manufacturer and/or sanctioned by the Food and Drug Administration (F.D.A.)

The fact that a disorder is listed in any of the above publications does not mean that treatment of the disorder is covered by UABT.

An exception is made for the treatment of nicotine addiction when the patient participates in a recognized smoking cessation program under the supervision of a doctor. Coverage will be limited to the charges for treatment and medication prescribed in connection with two (2) cessation programs during any 12 consecutive months.

Section 80, Transparency and Surprise Medical Bills also known as the "No Surprise Act"

In 2019, President Trump released an executive order on Improving Price and Quality Transparency in American Healthcare to Put Patients First, which directed the Secretaries of Health and Human Services, the Treasury and Labor to develop regulations promoting price transparency in the health care market. This led to the Transparency in Coverage final rule released in October 2020 and the enactment of the Consolidated Appropriations Act, 2021 (CAA) on December 27, 2020.

The CAA includes the "No Surprises Act" which includes consumer protections from surprise billing for out-of-network medical services. In addition, it includes several medical cost transparency measures that complement the transparency rules issued in October 2020. On July 1, 2021, the Office of Personnel Management, Department of the Treasury, Department of Labor and Department of Health and Human Services ("the Departments") together passed Interim Final Rules implementing provisions of the No Surprises Act related to emergency services and surprise medical bills. Additional guidance and rules for air ambulance services and independent dispute resolution (IDR) processes were published in August 2021, October 2021 and August 2022. In addition, various rules have been challenged in the courts and may invalidate certain rule or the Departments may issue new rules in the future and in reaction to court decisions.

It is the intention of UnitedAg to comply fully and to the best of its ability with a good faith interpretation of the rules and guidance published with respect to these laws. This Summary Plan Description and Plan Document is intended to comply with the rules and regulations available at the time this document was drafted. Additional Amendments will be published in the future to ensure compliance as additional rules and regulations are published which may render the information in this document to be incorrect or in conflict with new laws, rules or regulations. If new laws, rules or regulations are in conflict with this document, UnitedAg will follow them as implemented and update this document as soon as reasonably possible but no later than one year after new laws, rules or regulations are implemented.

Section 81, Telemedicine

The term "Telemedicine" is the use of telecommunication and information technologies in order to provide clinical health care at a distance. It helps eliminate distance barriers and can improve access to medical services that would often not be available during non-business hours. Telephone or other technologies permit communications between patient and medical staff with both convenience and fidelity, as well as the transmission of medical, imaging and health informatics data from one site to another. Telemedicine services include primary care and urgent care services. Behavioral health, dermatological treatment, and smoking cessation services are also available.

Primary care and specialist referral services may involve a primary care or allied health professional providing a consultation with a patient or a specialist assisting the primary care physician in rendering a diagnosis. This may involve the use of live interactive video or the use of stored and forwarded transmission of diagnostic images, vital signs and/or video clips along with patient data for later review.

Telemedicine services provided through a UABT approved provider will be paid in full by UABT if allowed under the benefit plan.

Section 82, The Plan

The term "The Plan" refers to the United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan and Trust, United Agricultural Benefit Trust, UABT or the "Trust" plan for which you and your dependents are eligible, as outlined in this summary. Your benefits under the plan are fully described in the applicable Schedules of Plan Benefits or Benefit Summaries and this Summary Plan Description.

Section 83, Total Disability or Totally Disabled

The term "total disability" or "totally disabled" as it pertains to you as an active employee, means a period of time when your doctor certifies that you are unable to perform the duties of your regular job, due to illness or injury, and you are not engaged in any other work for wages or profit.

With regard to your eligible dependents, or you if you are a covered retiree, the term refers to a period of time when a doctor certifies the patient is unable to engage in the normal activities of a person of the same age and sex, due to illness or injury.

The term shall also refer to any period of time you or your dependent is declared totally disabled by any government body for benefit purposes.

Section 84, Transplant Procedures

The term "Transplant Procedure" means any one of the following human to human organ or tissue transplants (a) bone marrow; (b) heart; (c) heart/lung; (d) liver; (e) lung; (f) kidney-pancreas; (g) kidney; (h) certain organ parts including only cornea, skin, bone and tendons. Also covered are transplants of certain artificial organ parts, including only: joint replacement for functional reasons, skin, heart valves, grafts, and patches (vascular), pacemaker, metal plates and eye lens. No other transplants are covered.

Organ transplants must be performed in a Transplant Network Facility or a Center of Excellence that provide specialized programs within healthcare institutions that supply exceptionally high concentrations of expertise and related resources centered on organ transplants and delivered in a comprehensive, interdisciplinary fashion.

Donor-covered expenses are only covered for donors who are participants of UABT. When both the person donating the organ and the person receiving the organ are participants under UABT, each will receive benefits under the Plan. (Donor expenses for non-UABT participants may be considered as an exception when presented during the prior authorization of the procedure).

Section 85, Treatment Therapies

The term "Treatment Therapies" means chemotherapy, hemodialysis, peritoneal dialysis, radiation therapy, IV Infusion therapies-including TPN, hypobaric oxygen therapy, and respiratory/ inhalation therapy.

Section 86, Urgent Care

The term "Urgent Care" means medical care provided for illnesses or injuries which require prompt attention but are typically not of such seriousness as to require the services of an emergency room.

Section 87, Usual and Customary Fees

The term "Usual and Customary Fees" (U&C) means only those charges for necessary services and supplies which are billed in compliance with National Correct Coding guidelines and do not: (a) exceed the amount the provider normally charges for similar services; or (b) exceed the amount charged by most providers for comparable services in the geographic area where the services were rendered, or the supplies were furnished. The term, as defined, is interchangeable with the term "Usual, Customary and Reasonable" fees (UCR) or "Maximum Allowable Charge".

If and only if there is no negotiated rate for a given claim, the Plan Administrator will exercise its discretion to determine the Usual and Customary Fee based on any of the following: Medicare reimbursement rates, Medicare cost data, amounts collected by providers in the area for similar services, or average wholesale price (AWP) or manufacturer's retail pricing (MRP). These ancillary factors will take into account generally accepted billing standards and practices.

When more than one treatment option is available, and one option is no more effective than another, the least costly option that is no less effective than any other option will be considered within the Maximum Allowable Charge. The Maximum Allowable Charge will be limited to an amount which, in the Plan Administrator's discretion, is charged for services or supplies that are not unreasonably caused by the treating Provider, including errors in medical care that are clearly identifiable, preventable, and serious in their consequence for patients. A finding of Provider negligence or malpractice is not required for services or fees to be considered ineligible pursuant to this provision.

Part VI, General Provisions and Limitations

This part of the Summary Plan Description explains the general provisions that apply to covered expense under all portions of your Schedules of Plan Benefits or Benefit Summary, including any general limitations. Those provisions that apply only to Medical Benefits or only to Dental Benefits, for example, will be found in the appropriate sections describing the specific type of coverage.

Section 1, Limits on Covered Expense

Covered expense includes only those charges for a type of service listed on the applicable Schedule(s) of Plan Benefits or Benefit Summary(ies) for which you are eligible. Covered expense does not include:

- (a) the amount by which a given charge exceeds the Maximum Allowable Charge for Covered Expense;
- (b) coverage for a private hospital room in excess of the cost of the average semi-private room;
- (c) treatment which is not generally recognized, accepted and approved practice in the United States;
- (d) experimental procedures and/or clinical trials (However routine patient costs associated with approved clinical trials for qualified individuals are considered Covered Expense.);
- (e) items under the jurisdiction of the Federal Food and Drug Administration which have not been approved by the FDA, or are used for unrecognized, unacceptable or not approved treatment protocols;
- (f) services or supplies not ordered by a doctor;
- (g) charges which would not have been billed to you if this benefit coverage was not in effect; an expense incurred more than two (2) years post-surgical proctectomy; and expense incurred when the patient is not eligible under the terms of the Plan.

Section 2, General Exclusions

No accidental death or dismemberment, medical, prescription medication, dental or vision care benefits provided by the Plan are payable for any expense incurred in connection with an illness or injury which:

- (a) is covered by Workers' Compensation Law or Statute provided the condition is one for which benefits are covered or can be recovered either by adjudication, settlement or otherwise, under any workers' compensation, employer's liability law, or occupational disease law, even if you do not claim those benefits;
- (b) is recoverable under the Jones Act (46 U.S.C. 688);
- (c) is caused by any act of war, whether the war is declared or undeclared;
- (d) is sustained during participation in felonies, misdemeanors, and or unlawful activities (even if the participant is never charged with or convicted of the crime. This Exclusion does not apply if the Injury (a) resulted from being the victim of an act of domestic violence, or (b) resulted from a documented medical condition (including both physical and mental health conditions). UABT does not deny benefits for treatment of a victim's injury caused by Domestic Violence and the injured participant other than the individual taking part is an illegal activity.;
- (e) if illness or injury is caused by a third party (including but not limited to malfeasance or misfeasance by a medical provider; and/or
- (f) if payment is prohibited by law.

In addition, no benefits are payable for expenses incurred for:

- (a) A missed appointment;
- (b) Travel expenses unless specifically mentioned elsewhere as covered;
- (c) Complications/expenses related to the treatment of complications of a non-covered service or supply, breast implants/cosmetic surgery, or other non-covered service or supplies;
- (d) Prescription medications not issued through the UABT pharmacy benefits network;
- (e) Any medication not approved by the Food and Drug Administration and the FDA Advisory Board
- (f) Account service charges or interest fees;
- (g) Treatment and services involving a Participant who has taken part in any activity made illegal due to the use of alcohol, cannabis, prescribed or opioids, or any other substance that creates a state of intoxication. Expenses will be covered for Injured Participants other than the person partaking in an activity made illegal due to the use of alcohol, a state of intoxication from alcohol or under the influence of cannabis or opioids, and expenses may be covered for Substance Abuse treatment as specified in this Plan. This Exclusion does not apply if the Injury (a) resulted from being the victim of an act of domestic violence, or (b) resulted from a documented medical condition (including both physical and mental health conditions).
- (h) Custodial Care that does not restore health, unless specifically mentioned otherwise.

- (i) Deductible amounts applied toward satisfaction of Deductibles and expenses that are defined as the Participant's responsibility in accordance with the terms of the Plan.
- (j) Immediate Family Member. That are rendered by a member of the immediate Family Unit or person in the same household, whether the relationship is by blood or exists in law.
- (k) Growth Hormones (unless determined to be medically necessary).
- (l) An injury or illness that results from engaging in a hazardous pursuit, hobby or activity. A pursuit, hobby, or activity is hazardous if it involves, or exposes an individual to risk of a degree or nature not customarily undertaken in the course of the Participant's customary occupation or if it involves leisure time activities commonly considered as involving unusual or exceptional risks, characterized by a constant threat of danger, or risk of bodily harm **including but not limited to:** hang gliding, skydiving, bungee jumping, parasailing, rock climbing, use of explosives, automobile racing, motorcycle racing, aircraft racing, or speed boat racing, reckless operation of a vehicle or other machinery, and travel to countries with advisory warnings.
- (m) Implantable hearing devices for natural hearing loss with age or loss of hearing because of a work-related injury;
- (n) Incurred by Other Persons. That are expenses Incurred by other persons.
- (o) Treatment, services, and/or supplies that are not Medically Necessary.
- (p) Injuries resulting from negligence, misfeasance, malfeasance, nonfeasance, or malpractice on the part of any caregiver, Institution, or Provider, as determined by the Plan Administrator, in its discretion, in light of applicable laws and evidence available to the Plan Administrator.
- (q) No Legal Obligation. That are for services provided to a Participant for which the Provider of a service does not and/or would not customarily render a direct charge, or charges Incurred for which the Participant or Plan has no legal obligation to pay, or for which no charges would be made in the absence of this coverage, including but not limited to charges for services not actually rendered, fees, care, supplies, or services for which a person, company or any other entity except the Participant or the Plan, may be liable for necessitating the fees, care, supplies, or services.
- (r) Services and treatment that are not accepted as standard practice by the American Medical Association (AMA), American Hospital Association, American Dental Association (ADA), or the Food and Drug Administration (FDA). Personal convenience items;
- (s) Reversal of sterilization procedures
- (t) Completion of claim forms;
- (u) Other than Attending Physician. That are other than those certified by a Physician who is attending the Participant as being required for the treatment of Injury or Disease and performed by an appropriate Provider.
- (v) Prohibited by Law. That are to the extent that payment under this Plan is prohibited by law.
- (w) Provider Error. Services and treatment are required as a result of unreasonable Provider error.
- (x) Services not actually rendered.
- (y) Unreasonable. Services that are not reasonable in nature or in charge (see definition of Maximum Allowable Charge) or are required to treat Illness or Injuries arising from and due to a Provider's error, wherein such Illness, Injury, infection, or complication is not reasonably expected to occur. This Exclusion will apply to expenses directly or indirectly resulting from circumstances that, in the opinion of the Plan Administrator in its sole discretion, gave rise to the expense and are not generally foreseeable or expected amongst professionals practicing the same or similar type(s) of medicine as the treating Provider whose error caused the loss(es);
- (z) Weight loss medication whether prescribed by a physician or purchased over the counter
- (aa) Wilderness Treatment Programs/Therapy adventure-based therapy treatment modality for behavior modification and interpersonal self-improvement, combining experiential education, individual and group therapy in a wilderness setting.

Section 3, Third Party Liability Exclusion

No medical, prescription medication, dental, or vision care benefits provided by the Plan are payable for expense incurred in connection with an illness or injury which is determined to be the liability of a Third Party. Refer to Part VIII.

Section 4, Non-Panel Services Incurred Outside the U.S.

Any medical, dental or vision care benefits and prescription medications provided by the Plan may be limited or reduced if services are performed outside the continental United States, Alaska, and Hawaii. The Trust reserves the right to determine benefits payable, if any, for all such services. Assignment of benefits to providers located outside the United States will not be honored

unless approved by UABT in advance of the date of services. (This provision does not apply to the UABT Mexico Panel of Providers.)

Section 5, Right of Recovery

In the event an overpayment occurs due to erroneous, incomplete, or inaccurate information, or claim processing error, UABT reserves the right to recover such overpayment from any individual or organization that, in the judgment of the Trust, profited from such overpayment. Said overpayment may also be recovered by making the adjustment(s) or reduction(s) to any future claim(s) of the patient.

Section 6, Facility of Payment

The benefits of the Plan are due and payable solely to the covered employee. However, in the event the employee dies, becomes incapacitated, or cannot be located at the time a claim is processed, the Trust reserves the right to make payment to any individual or organization the Trust determines is equitably entitled thereto. Payment made in good faith shall discharge the Trust of its liability, and the Trust cannot be held twice liable for the same expenses if an error occurs.

Section 7, Right to Determination

The fact that a procedure or level of care is prescribed by a doctor does not bind the Trust in determining its liability under the Plan. The Trust reserves the right and discretion to determine "Necessary Services and Supplies" and "Usual and Customary Fees", as defined in Part V based on the information submitted with the claim. To assist in such determination, the Trust may rely on nationally recognized regional fee criteria, anti-fraud detection programs, and/or appropriately credentialed, independent Peer Review.

The Trust reserves the right to deny charges for:

- (a) procedures which are deemed experimental, of unproven value, or of questionable usefulness;
- (b) procedures which tend to be redundant when performed in combination with other procedures;
- (c) diagnostic procedures which are unlikely to provide a doctor with additional information when used repeatedly;
- (d) procedures which can be performed with equal efficacy at a lower level of treatment; or,
- (e) medical services, tests, or supplies by any provider that solicits patients at public events and/or by advertising that it will accept whatever payments are made by the patient's health plan, except that this exclusion shall not apply to a facility that is a contracted provider or a member of the Trust's preferred provider organization.

Any agreement as to fees or charges made between the individual and the doctor shall not bind the Trust in determining its liability with respect to incurred expense.

Section 8, Ineligible Provider

UABT reserves the right to determine that a provider is an ineligible provider and that no Plan benefits will be payable for services or supplies provided by that provider on the basis that such provider has performed unnecessary services, billed in an inappropriate manner, or has engaged in any questionable, unethical, or fraudulent billing practices as determined in the sole and absolute discretion of the Board of Trustees.

Section 9, Examinations and Autopsies

UABT reserves the right to examine any person for whom a claim is made whenever and as often as it may require during any period for which a claim is pending. In the case of death, the Trust may require an autopsy where legally permitted.

Part VII, Coordination of Benefits (C.O.B.)

It is not the intent of the Plan to reimburse you for more than your actual out-of-pocket expense. Benefits payable under the Plan will be coordinated with any other group health benefits coverage you, or your dependents, may have. Coordination means that no more than one hundred percent (100%) of the Plan's Maximum Allowable Charge will be reimbursed under the combined benefits of all plans to which the patient is entitled.

Section 1, Excess Benefit Coverage/Insurance

If at the time of injury, sickness, disease, or disability there is available, or potentially available any other source of coverage (including but not limited to coverage resulting from a judgment at law or settlements), the UABT benefits shall apply only as an excess over such other sources of coverage.

The Plan's benefits will be excess to, whenever possible, any of the following:

- (a) Any primary payer besides the UABT.
- (b) Any first-party insurance through medical payment coverage, personal injury protection, no-fault coverage, uninsured or underinsured motorist coverage.
- (c) Any policy of insurance from any insurance company or guarantor of a third party.
- (d) Workers' compensation or other liability insurance company.
- (e) Any other source, including but not limited to crime victim restitution funds, any medical, disability, or other benefit payments, and school insurance coverage.

Section 2, Vehicle Limitation

When medical payments are available under any vehicle insurance, UABT shall pay excess benefits only, without reimbursement for vehicle plan and/or policy deductibles. UABT shall always be considered secondary to such plans and/or policies. This applies to all forms of medical payments under vehicle plans and/or policies regardless of their name, title, or classification.

Section 3, Order of Benefit Determination

Coordination of Benefits (or COB, as it is usually called) operates so that one of the Plans (called the primary plan) will pay its benefits first. The secondary and subsequent plan(s) will pay the balance due to up to 100% of the total Plan's Maximum Allowable Expense. In no event will the combined benefits of the primary and secondary plans exceed 100% of the Maximum Allowable Expense where there is a conflict in the rules, the Plan will never pay more than fifty percent (50%) of the Allowable Expenses when paying secondary.

When any patient is covered under two or more health benefit plans, UABT rules for determining the order of benefit payments are as follows:

- (a) The plan that covers the patient as the "active employee" or "individual" will be the primary payor for that person for all benefits, including but not limited to medical, dental, vision, and prescription medication benefits.
- (b) If the patient is eligible as a retiree under one plan and an active employee under the other, the Plan covering the individual as an active employee will be primary.
- (c) If the patient is covered as an active employee under two or more plans, the plan having the earliest effective date will be primary.
- (d) If the patient is a dependent child, the benefits of the plan of the parent whose birthday falls earlier in a year are primary over the plan of the parent whose birthday falls later in the year. If the natural parents are divorced, the primary payor will be the plan of the custodial parent unless coverage for the dependent child is subject to a qualified Court Order; the secondary payor will be the plan covering any stepparent with whom the child is living and the plan covering the non-custodial natural parent will be last.
- (e) If the patient is a dependent child, for the purposes of pediatric dental and/or vision benefits, if the parent's plan provides dental and/or vision coverage independent of the medical plan, the independent dental plan and the independent vision plan shall be primary payor of benefits.

When UABT is determined to be secondary payor, based on the rules shown above, covered expense does not include charges which would not have been billed to the patient in the absence of this benefit plan.

The intent of this provision is solely to maintain an orderly system of determining each carrier's liability. Your claim should be sent first to the primary payor, as determined by the above order. When notice of payment has been received from the primary payor, a copy of all bills and the explanation of benefits provided by the first payor should then be sent to the secondary carrier for coordinated payment.

Section 4, Right to Receive and Release Necessary Information

UABT and/or the Plan Administrator may, without notice to or consent of any person, release to or obtain any information from any insurance company or other organization or individual any information regarding coverage, expenses, and benefits which the Plan Administrator, at its sole discretion, considers necessary to determine, implement and apply the terms of this provision or any provision of a similar purpose of any Other Plan. Any Participant claiming benefits under this Plan shall furnish to the Plan Administrator such information as requested and as may be necessary to implement this provision.

Section 5, Facility of Payment

For purposes of coordination, UABT reserves the right to: (a) release to or obtain from any other organization or individual any claim information which the Trust or the other benefit carrier may require; (b) recover any overpayment made under the Plan because of your failure to report other coverage when submitting a claim and the Trust's failure to consider that coverage when making a payment; and, (c) to reimburse any other organization an amount UABT determines to be warranted, if payments which should have been made under the Plan were made by the other organization.

Section 6, Right of Recovery

In accordance with the Recovery of Payments provision, whenever payments have been made by UABT with respect to Covered Expenses in a total amount, at any time, in excess of the maximum amount of payment necessary at that time to satisfy the intent of this Coordination of Benefits section, UABT shall have the right to recover such payments, to the extent of such excess, from any one or more of the following as this Plan shall determine: any person to or with respect to whom such payments were made, or such person's legal representative, any insurance companies, or any other individuals or organizations which the Plan determines are responsible for payment of such Allowable Expenses, and any future benefits payable to the Participant or his or her Dependents.

Section 7, Medicare Coordination

If you are an actively at work employee, age sixty-five (65) or older, of a participating employer with more than 20 employees, UABT will be the primary payor of benefits.

If you are an actively at work employee, age sixty-five (65) or older, of a participating employer with 20 or fewer employees, the Trust will be the secondary payor of benefits.

If you are a retiree of a participating employer, the Trust benefits will be secondary to your Medicare coverage.

If you or an eligible dependent have qualified for Medicare due to end stage renal disease, the Trust will be primary payor for the first 30 months of Medicare coverage. UABT will become the secondary payor after the 30-month period.

If you or an eligible dependent have qualified for Medicare due to disability (other than ESRD), the Trust will be the primary payor if your participating employer has more than 100 employees.

If you or an eligible dependent have qualified for Medicare due to disability (other than ESRD), the Trust will be the secondary payor if your participating employer has 99 or fewer employees.

If you or an eligible dependent have qualified for Medicare due to ESRD, the Trust will be the primary payor for the first three (3) months after the start of dialysis. Beginning on the fourth (4) month after dialysis and continuing up to thirty (30) months, the Trust will be the primary payor and Medicare will be the secondary payor. At the thirty-fourth (34) month of dialysis Medicare becomes the primary payor, and the Trust will be the secondary payor.

Medicare can be the primary during the first month of treatment of dialysis if (i) the beneficiary takes part in a home dialysis training program in a Medicare-approved training facility to learn how to do self-dialysis treatment at home; (ii) the beneficiary begins home dialysis training before the third month of dialysis; and (iii) the beneficiary expects to finish home dialysis training and give self-dialysis treatments.

Medicare coverage can designate the month the beneficiary is admitted to a Medicare-approved hospital for kidney transplant or for health care services that are needed before the transplant if the transplant takes place in the same month or within the following two months.

Medicare coverage can be set two months before the month of the transplant if the transplant is delayed more than two months after the beneficiary is admitted to the hospital for the transplant or for health care services that are needed before the transplant.

If you are a qualified beneficiary receiving benefits through COBRA and have qualified for Medicare, Medicare will be the primary payor of benefits.

Section 8, Coordination within the Plan

If any medical, dental, or vision care or prescription medication charges are covered under two or more benefit plans of the Trust, benefits will be coordinated so that total payment will not exceed 100% of the Plan Maximum Allowable Charges for covered services and supplies.

Section 9, Cost Containment and Case Management

The Plan may, at its sole discretion and when acting on a basis that precludes individual selection, permit alternative benefits that may otherwise not be payable under the Plan. The alternative benefits, called "Case Management," shall be determined on a case-by-case basis, and the Plan's decision to permit the benefits in one instance shall not obligate the Plan to provide the same or similar alternative benefits for the same or any other Covered Individual, nor shall it be deemed to waive the right of the Plan to strictly enforce the provisions of the Plan. Case Management is a cost management program administered to provide a timely, coordinated referral to alternative care facilities to a Covered Individual who suffers a catastrophic Illness or Injury while covered under this Plan.

The following are examples of diagnoses that might constitute a catastrophic Illness or Injury:

- (a) High Risk Pregnancy
- (b) Neonatal High-Risk Infant
- (c) Cerebral Vascular Accident (CVA or Stroke)
- (d) Multiple Sclerosis
- (e) Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)
- (f) Cancers/Tumor Malignancy
- (g) Severe Cardio/Pulmonary Disease
- (h) Leukemia
- (i) Major Head Trauma and Brain Injury Secondary to Illness
- (j) Spinal Cord Injury
- (k) Amputation
- (l) Multiple Fractures
- (m) Severe Burns
- (n) AIDS
- (o) Transplant
- (p) Any claim expected to exceed \$25,000

When the Case Manager is notified of one of the above diagnoses (or any other diagnosis for which Case Management might be appropriate in the Plan's sole discretion), the Case Manager will contact the Covered Individual to discuss current medical treatment and facilitate future medical care. The Case Manager will also consult with the attending Physician to develop a written plan of treatment outlining all medical services and supplies to be utilized, as well as the most appropriate treatment setting. The treatment plan may be modified intermittently as the Covered Individual's condition changes, with the mutual agreement of the Case Manager, the patient, and the attending Physician.

All services and supplies authorized by the treatment plan will be considered Covered Services, whether or not they are otherwise covered under the Plan. The benefit level for alternative treatment settings may be the same as the Hospital benefit level, in the absence of the Case Management program. For all other services and supplies, the benefit level will be the same as the benefit for outpatient medical treatment, in the absence of the program. In the event there are multiple settings available for treatment, the Plan may waive a portion of the Participant deductible or coinsurance if the Participant chooses the least costly setting available for treatment and follows the recommended treatment plan.

Any deviation from the treatment plan without the Case Manager's prior approval will negate the treatment plan, and all charges will be subject to the regular provisions of this Plan.

Part VIII, Third Party Recovery, Subrogation and Reimbursement

Section 1, Payment Condition

If you or one of your eligible dependents incur medical, prescription medication, dental, and/or vision expenses as a result of the act of a third party (person or entity) that would otherwise have been covered by your UABT Plan benefits and final determination of third-party liability is pending litigation, arbitration of other lengthy settlement proceedings, UABT *may* agree to advance payment of such benefits under a Subrogation Agreement. In such instances, UABT will require Participant/Patient's Reimbursement Authorization and Subrogation Agreement from you and Attorney's Acknowledgement and Assent to Reimbursement from your attorney (if one is retained) to execute an "agreement and lien.

UABT, in its sole discretion, may elect to conditionally advance payment of benefits in those situations where an injury, illness, or disease is caused in whole or in part by, or results from the acts or omissions by you and/or your dependents, or third parties. Where any party besides UABT may be responsible for expenses arising from an incident, accident, and/or other funds are available, including but not limited to no-fault, uninsured motorist, underinsured motorist, medical payment provisions, third party assets, third party insurance, and/or guarantor(s) of a third party (collectively "Coverage").

You and/or your dependents, your or your dependent's attorney, and/or legal guardian of a minor or incapacitated individual agrees that acceptance of the Plan's conditional payment of medical benefits is constructive notice of these provisions in their entirety and agrees to maintain 100% of the UABT's conditional payment of benefits or the full extent of payment from any one or combination of first and third-party sources in trust, without disruption except for reimbursement to UABT. UABT shall have an equitable lien on any funds received by the injured party(s) and/or their attorney from any source and said funds shall be held in trust until such time as the obligations under this provision are fully satisfied. You or your dependent(s) agree to include UABT as a co-payee on any and all settlement drafts. Further, by accepting benefits the Participant(s) understands that any recovery obtained pursuant to this section is an asset of the Plan to the extent of the amount of benefits paid by the Plan and that the Participant shall be a trustee over those Plan assets.

In the event you or your dependent(s) settles, recovers, or is reimbursed by any Coverage resulting from the third-party injury you or your dependent(s) agree to reimburse the Plan hundred percent (100%) of the benefits paid or that will be paid by UABT on behalf of the Participant(s). When such a recovery does not include payment for future treatment, the Plan's right to reimbursement extends to all benefits paid or that will be paid by the Plan on behalf of you and your dependent(s) for charges incurred up to the date such Coverage or third party is fully released from liability, including any such charges not yet submitted to the Plan. If the Participant(s) fails to reimburse the Plan out of any judgment or settlement received, the Participant(s) will be responsible for any and all expenses (fees and costs) associated with the Plan's attempt to recover such money. Nothing herein shall be construed as prohibiting UABT from claiming reimbursement for charges incurred after the date of settlement if such recovery provides for consideration of future medical expenses.

If there is more than one party responsible for charges paid by UABT or may be responsible for charges paid by the Plan, the Plan will not be required to select a particular party from whom reimbursement is due. Furthermore, unallocated settlement funds meant to compensate multiple injured parties of which the Participant(s) is/are only one or a few, that unallocated settlement fund is considered designated as an "identifiable" fund from which the plan may seek reimbursement.

Section 2, Subrogation

As a condition to participating in and receiving benefits under this Plan, you and/or your dependent(s) agree to assign to the Plan the right to subrogate and pursue any and all claims, causes of action or rights that may arise against any person, corporation and/or entity and to any Coverage to which the Participant(s) is entitled, regardless of how classified or characterized, at the Plan's discretion, If you or your dependent(s) fail to so pursuing said rights and/or action.

If you or your dependent(s) receive or becomes entitled to receive benefits, an automatic equitable lien attaches in favor of the Plan to any claim, which any Participant(s) may have against any Coverage and/or party causing the Sickness or Injury to the extent of such conditional payment by the Plan plus reasonable costs of collection. You or your dependent(s) are obligated to notify UABT or its authorized representative of any settlement prior to finalization of the settlement, execution of a release, or receipt of applicable funds. You or your dependent(s) are also obligated to hold any and all funds so received in trust on the Plan's behalf and function as a trustee as it applies to those funds until the Plan's rights described herein are honored and the Plan is reimbursed.

The Plan may, at its discretion, in its own name or in the name of the Participant(s) commence a proceeding or pursue a claim against any party or Coverage for the recovery of all damages to the full extent of the value of any such benefits or conditional payments advanced by the Plan.

If the Participant(s) fails to file a claim or pursue damages against:

- 1) The responsible party, its insurer, or any other source on behalf of that party.

- 2) Any first-party insurance through medical payment coverage, personal injury protection, no-fault coverage, uninsured or underinsured motorist coverage.
- 3) Any policy of insurance from any insurance company or guarantor of a third party.
- 4) Workers' compensation or other liability insurance company.
- 5) Any other source, including but not limited to crime victim restitution funds, any medical, disability or other benefit payments, and school insurance coverage.

The Participant(s) authorizes the Plan to pursue, sue, compromise, and/or settle any such claims in the Participant's/Participants' and/or the Plan's name and agrees to fully cooperate with the Plan in the prosecution of any such claims. The Participant(s) assigns all rights to the Plan or its assignee to pursue a claim and the recovery of all expenses from any and all sources listed above.

Section 3, Right of Reimbursement

UABT is entitled to recover 100% of the benefits paid or payable benefits Incurred, that have been paid and/or will be paid by the Plan, or were otherwise Incurred by the Participant(s) prior to and until the release from liability of the liable entity, as applicable, without deduction for attorneys' fees and costs or application of the common fund doctrine, made whole doctrine, or any other similar legal or equitable theory, and without regard to whether the Participant(s) is fully compensated by his or her recovery from all sources. UABT shall have an equitable lien which supersedes all common law or statutory rules, doctrines, and laws of any State prohibiting assignment of rights which interferes with or compromises in any way the Plan's equitable lien and right to reimbursement. The obligation to reimburse the Plan in full exists regardless of how the judgment or settlement is classified and whether or not the judgment or settlement specifically designates the recovery or a portion of it as including medical, disability, or other expenses and extends until the date upon which the liable party is released from liability. If you or your dependent(s) recovery is less than the benefits paid, then UABT is entitled to be paid all of the recovery achieved. Any funds received by the Participant are deemed held in constructive trust and should not be dissipated or disbursed until such time as the Participant's obligation to reimburse the Plan has been satisfied in accordance with these provisions. The Participant is also obligated to hold any and all funds so received in trust on the Plan's behalf and function as a trustee as it applies to those funds until the Plan's rights described herein are honored and the Plan is reimbursed.

No court costs, experts' fees, attorneys' fees, filing fees, or other costs or expenses of litigation may be deducted from the Plan's recovery without the prior, express written consent of the Plan.

The Plan's right of subrogation and reimbursement will not be reduced or affected as a result of any fault or claim on the part of you or your dependent(s) whether under the doctrines of causation, comparative fault or contributory negligence, or other similar doctrine in law. Accordingly, any lien reduction statutes, which attempt to apply such laws and reduce a subrogating Plan's recovery will not be applicable to the Plan and will not reduce the Plan's reimbursement rights.

These rights of subrogation and reimbursement shall apply without regard to whether any separate written acknowledgment of these rights is required by the Plan and signed by the Participant(s).

This provision shall not limit any other remedies of the Plan provided by law. These rights of subrogation and reimbursement shall apply without regard to the location of the event that led to or caused the applicable Sickness, Injury, Disease, or disability.

Section 4, Participant is a Trustee Over Plan Assets

Any Participant who receives benefits and is therefore subject to the terms of this section is hereby deemed a recipient and holder of Plan assets and is therefore deemed a trustee of the Plan solely as it relates to possession of any funds which may be owed to the Plan as a result of any settlement, judgment or recovery through any other means arising from any injury or accident. By virtue of this status, the Participant understands that he or she is required to:

- a) Notify the Plan or its authorized representative of any settlement prior to finalization of the settlement, execution of a release, or receipt of applicable funds.
- b) Instruct his or her attorney to ensure that the Plan and/or its authorized representative is included as a payee on all settlement drafts.
- c) In circumstances where you or your dependent(s) is not represented by an attorney, instruct the insurance company or any third party from whom the Participant obtains a settlement, judgment, or other source of Coverage to include the Plan or its authorized representative as a payee on the settlement draft.
- d) Hold any and all funds so received in trust, on UABT's behalf, and function as a trustee as it applies to those funds, until the Plan's rights described herein are honored and the Plan is reimbursed.

To the extent that you or your dependent(s) dispute this obligation to UABT under this section, the Participant or any of its agents or representatives is also required to hold any/all settlement funds, including the entire settlement if the settlement is less than the Plan's interests, and without reduction in consideration of attorneys' fees, for which he or she exercises control, in an account segregated from their general accounts or general assets until such time as the dispute is resolved.

No Participant, beneficiary, or the agents or representatives thereof, exercising control over plan assets and incurring trustee responsibility in accordance with this section will have any authority to accept any reduction of the Plan's interest on the Plan's behalf.

Section 5, Release of Liability

UABT's right to reimbursement extends to any incident related care that is received by you or your dependent(s) ("incurred") prior to the liable party being released from liability. The Participant's/Participants' obligation to reimburse the Plan is therefore tethered to the date upon which the claims were incurred, not the date upon which the payment is made by the Plan. In the case of a settlement, the Participant has an obligation to review the "lien" provided by the Plan and reflecting claims paid by the Plan for which it seeks reimbursement, prior to settlement and/or executing a release of any liable or potentially liable third party, and is also obligated to advise the Plan of any incident related care incurred prior to the proposed date of settlement and/or release, which is not listed but has been or will be incurred, and for which the Plan will be asked to pay.

Section 6, Excess Health Benefit Coverage/Insurance

If at the time of Injury, sickness, disease or disability there is available, or potentially available any Coverage (including but not limited to Coverage resulting from a judgment at law or settlements), the benefits under this Plan shall apply only as an excess over such other sources of Coverage, except as otherwise provided for under the Plan's Coordination of Benefits section.

The Plan's benefits shall be excess to any of the following:

- a) The responsible party, its insurer, or any other source on behalf of that party.
- b) Any first party insurance or benefits coverage through medical payment coverage, personal injury protection, no-fault coverage, uninsured, or underinsured motorist coverage.
- c) Any policy of insurance from any insurance company or guarantor of a third party.
- d) Workers' compensation or other liability insurance company.
- e) Any other source, including but not limited to crime victim restitution funds, any medical, disability or other benefit payments, and school insurance coverage.

Section 7, Separation of Funds

Benefits paid by the Plan, funds recovered by the Participant(s), and funds held in trust over which the Plan has an equitable lien exist separately from the property and estate of the Participant(s), such that the death of the Participant(s), or filing of bankruptcy by the Participant(s), will not affect the Plan's equitable lien, the funds over which the Plan has a lien, or the Plan's right to subrogation and reimbursement.

Section 8, Wrongful Death

In the event that you or your dependent(s) dies as a result of his or her Injuries and a wrongful death or survivor claim is asserted against a third party or any Coverage, UABT's subrogation and reimbursement rights shall still apply, and the entity pursuing said claim shall honor and enforce these Plan rights and terms by which benefits are paid on behalf of the Participant(s) and all others that benefit from such payment.

Section 9, Obligations

It is you and your dependent(s) obligation at all times, both prior to and after payment of medical benefits by UABT:

- a) To cooperate with UABT or any representatives of the Plan and Plan Administrator, in protecting UABT's rights, including discovery, attending depositions, and/or cooperating in trial to preserve UABT's rights.
- b) To provide the UABT with pertinent information regarding the Sickness, Disease, disability, or Injury, including accident reports, settlement information and any other requested additional information.
- c) To take such action and execute such documents as UABT may require facilitating enforcement of its subrogation and reimbursement rights.
- d) To do nothing to prejudice UABT's rights of subrogation and reimbursement.
- e) To promptly reimburse the Plan when a recovery through settlement, judgment, award, or other payment is received.
- f) To notify UABT or the Plan Administrator of any incident related claims or care which may be not identified within the lien (but has been incurred) and/or reimbursement request submitted by or on behalf of the Plan.
- g) To notify UABT or the Plan Administrator of any settlement prior to finalization of the settlement.
- h) To not settle or release, without the prior consent of the Plan, any claim to the extent that the Participant may have against any responsible party or Coverage.

- i) To instruct his or her attorney to ensure that the Plan and/or its authorized representative is included as a payee on any settlement draft.
- j) In circumstances where you or your dependent(s) are not represented by an attorney, instruct the insurance company or any third party from whom you obtain a settlement to include UABT as a payee on the settlement draft.
- k) To make good faith efforts to prevent disbursement of settlement funds until such time as any dispute between the Plan and Participant over settlement funds is resolved.

If you and/or your attorney fails to reimburse UABT for all benefits paid, to be paid, incurred, or that will be incurred, prior to the date of the release of liability from the relevant entity, as a result of said Injury or condition, out of any proceeds, judgment or settlement received, you will be responsible for any and all expenses (whether fees or costs) associated with UABT's attempt to recover such money.

UABT's right to reimbursement and/or subrogation are in no way dependent upon you or your dependent(s) cooperation or adherence to these terms.

Section 10, Offset

If timely repayment is not made, or you, your dependent(s) and/or the retained attorney fail to comply with any of the requirements of UABT, the Plan has the right, in addition to any other lawful means of recovery, to deduct the value of your amount owed to the UABT. To do this, UABT may refuse payment of any future medical benefits and any funds or payments due under this Plan on behalf of the Participant(s) in an amount equivalent to any outstanding amounts owed by you to UABT. This provision applies even if the Participant has disbursed settlement funds.

Section 11, Minor Status

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

If the minor's parents or court-appointed guardian fail to take such action, the Plan shall have no obligation to advance payment of medical benefits on behalf of the minor. Any court costs or legal fees associated with obtaining such approval shall be paid by the minor's parents or court-appointed guardian.

Section 12, Language Interpretation

The Trustees retains sole, full and final discretionary authority to construe and interpret the language of this provision, to determine all questions of fact and law arising under this provision, and to administer the Plan's subrogation and reimbursement rights with respect to this provision. The Trustees may amend the Plan at any time without notice.

Section 13, Severability

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

Part IX, Your Life Insurance Benefits

If you are eligible for Life Insurance Benefits and you are an active employee on the date your coverage becomes effective, your designated beneficiary will be entitled to the benefits amount(s) shown on the Schedule of Life Benefits page of this benefit summary provided the applicable contributions were paid on your behalf for the month in which your death occurs.

You should also be aware of the following provisions and limitations affecting these benefits. You are also entitled to request a certificate of insurance from the Trust that describes the full provisions and limitations of your Group Term Life Insurance coverage.

Section 1, Retiree Limitation

If you were already retired from active employment on the date your coverage would otherwise become effective, you are not eligible for Life, and/or Accidental Death and Dismemberment Benefits.

Section 2, Beneficiary

Any benefits payable as a result of your death will be paid to the beneficiary you designate on your enrollment card, if such card is filed with the Plan Administrator and your employer.

If you designate a beneficiary other than your legal spouse, your spouse's signature is required indicating consent to this beneficiary designation.

If you did not designate a beneficiary prior to your death, the Insurance Company has the option of paying the benefits to any of your following survivors in the following order of priority: your spouse, other adult dependents, children (in equal amounts), parents (in equal amounts); or to the executor or administrator of your estate, as defined by applicable state law.

If your beneficiary is a minor, or is incapable of giving valid receipt, the Insurance Company has the option of paying the benefits to any person or institution assuming custody and/or principal support of the beneficiary pursuant to a court order.

Section 3, Change of Beneficiary

You have the sole right to designate or change beneficiary. You may change your beneficiary at any time by filing a new enrollment card with the Plan Administrator and your employer. However, if you change designation to a beneficiary other than your legal spouse, your spouse's signature is required indicating consent to the change. A change will become effective on the date you sign a new enrollment card if that card is received by the Trust prior to the issuance of benefits.

Section 4, Consent of Beneficiary

You are not required to obtain the consent of a previous beneficiary before changing your beneficiary designation, unless you are removing your spouse as primary beneficiary. If you name someone other than your legal spouse, the spouse's signature indicating consent to this change is required.

Section 5, Optional Methods of Settlement

Your beneficiary may elect certain monthly installments, based on the amount of your insurance benefits, in place of a lump sum payment. The Insurance Company should be contacted if your beneficiary wishes this option.

Section 6, Dependent Life Insurance Benefits

Your eligible dependents are covered, and applicable Benefits are payable to you if: (a) Dependent Life Benefits are included on the Schedule of Life Benefits page; and, (b) the applicable contributions have been paid for the month in which the dependent's death occurs.

Section 7, Continuation of Life Insurance Benefits

You should refer to Part III, Continuation of Coverage, and Part IV, Benefits Extension, for the provisions that affect the continuation of your life insurance benefits if you stop full-time active employment for any reason other than your death.

You are eligible to convert your group life insurance into an individual life insurance policy because your employment ends or because you are no longer in an eligible class of employees for a reason other than (1) the group policy has terminated; (2) the Employee Life Insurance under the group policy has been terminated; or (3) your employer has ceased to be a contributing employer. To be eligible, you must apply and pay the first premium within 31 days from the date your coverage ends.

A covered person can convert his/her coverage to permanent life insurance on a policy form the carrier then issues, without the optional riders, in an amount not to exceed the amount of insurance that is terminating under the Blanket Master Policy.

Conversion coverage will not be provided for AD&D or Supplemental Life Insurance. The premium for the permanent coverage will be based on the Covered Person's Attained Age and class of risk at the time of conversion, together with the form and amount of insurance chosen. No evidence of insurability will be required.

Section 8, Continuation of Dependent Life Insurance

If the Schedule of Life and Accidental Death Benefits page shows coverage for Dependent Life, you may elect to continue such coverage by self-payment of contributions during any period when you are totally disabled. This privilege will end if applicable contributions are not paid, or if the Plan's Dependent Life Benefits are canceled.

Part X, Pharmacy Benefit Network

Section 1, Pharmacy Benefit Network

UABT contracts with a network of independent and chain-store pharmacies which agrees to furnish prescription medications for a set fee schedule. Your use of these pharmacies will limit your expense for prescription medications to a designated co-payment referenced in your Schedule of Prescription Medication Expense Benefits or your Schedule of Medical Expense Benefits. Refer to Part XI, Section 9 for Pharmacy Charges.

Section 2, Panel Pharmacy Services

When you or your eligible dependent chooses to fill a covered prescription for up to a thirty-four (34) day supply at a panel pharmacy, you will pay a designated co-payment and the balance of the cost of the medication will be paid in full by UABT after deductible, if applicable. UABT's Panel Pharmacy Services is designed to provide coverage for generic equivalents, formulary medications and brand medications. (Refer to your Pharmacy Benefit Schedule for details of your pharmacy benefits.

Section 3, Mail Order Pharmacy

When you or your eligible dependent chooses to fill a covered prescription for up to ninety (90) day supply, through UABT's mail order program, you will pay a co-payment to the mail order pharmacy and the balance of the cost of the medication will be paid in full by UABT after deductible, if applicable. The mail order option is designed for maintenance (long-term) prescriptions.

Section 4, Specialty Medications

Certain medications used for treating complex health conditions must be obtained through the Specialty Pharmacy Programs. Prescriptions for these types of drugs require a prior authorization. (Call the UABT Member Services Department at 800.223.4590 for assistance).

Section 5, Appeals of Denied/Adverse Benefit Determinations

The PBM shall conduct the first level of internal appeals of denials and/or adverse benefit determinations consistent with your UABT Pharmacy Benefit Schedule of Benefits. The PBM will provide all applicable benefit of rights and appeal notifications to you or your eligible dependent relating to such first level of internal appeals in accordance with the UABT Plan and all applicable federal laws.

To appeal a pharmacy benefit denial or adverse determination, you must submit a written request (letter, emails, etc.) which are reviewed by the PBM Grievance and Appeals Coordinator. Within five (5) days of receipt of your letter, you will be notified that your letter has been received.

The PBM Grievance and Appeals Coordinator reviews the information submitted by you and contacts prescribing provider to obtain any additional documentation necessary for a clinical review. The clinical review is conducted by an independent pharmacist and will be completed within thirty (30) days of receiving the written appeal.

If the PBM Grievance and Appeals Coordinator upholds the denial or adverse benefit determination, you have the right to appeal to UABT pursuant to the Part XIV, Section 9.

Part XI, Medical Plan Benefits

You and your eligible dependents are covered for the benefits described on the Schedule of Medical Expense Benefits or Benefit Summary if applicable contributions have been made on your behalf for the month in which the covered expense is incurred.

Any benefits described in the Schedule of Medical Expense Benefits or Benefit Summary, as "Basic Benefits" will be paid for the specific covered expense itemized on that Schedule. If the claim qualifies under the terms of the Plan, you have the added protection of Major Medical Benefits.

If Major Medical Benefits apply to a given expense, the Basic Benefits will be paid first, any applicable Co-Payments and any Cash Deductible will be taken, and the remaining amount of covered expense will be reimbursed at the Percentage shown, up to the Major Medical Plan Maximum.

The specific types of covered services are described in the following sections, subject to all the definitions, exclusions and limitations contained in the other Parts of this summary - including the provisions outlined in the Schedule of Medical Expense Benefits.

Section 1, Not Covered Medical Expenses

In addition to the General Definitions, Provisions and Limitations of the Plan, the following charges are not considered covered expense under the terms of the Plan. No benefits are payable for:

- (a) Marriage counseling, nutritional supplements except as specified under Preventive Care, diet management, non-therapeutic occupational therapy, massage therapy, educational therapy, therapy directed toward Activities of Daily Living (ADL), commercial exercise programs, gym, spa or health club memberships (however, marriage counseling and behavioral counseling is covered when services are rendered through Telemedicine);
- (b) Transportation costs for travel by scheduled airline, railroad, bus, taxi or other commercial carrier, regardless of destination or purpose unless permitted as part of our Mexican Panel Network benefits, Transplant Program or abortion services.
- (c) Cosmetic surgery (as defined in Part V, Section 21) does not apply to expense incurred for repair of an injury sustained within one year of an accident which occurred while the person was covered for benefits under the Plan, for correction of congenital deformity in a child who was eligible under the Plan at birth, and/or to post-mastectomy reconstructive surgery to achieve symmetry between the breasts, prostheses and complications resulting from a mastectomy (including lymphedema).
- (d) Eyeglasses (with the exception of any pediatric vision services required to meet Minimum Essential Benefits under ACA) or hearing aids; diagnosis or surgical correction of refractive error including, but not limited to, radial keratotomy, keratoplasty and/or laser eye surgery; visual motor training or other eye exercises, unless performed in lieu of surgery to correct an eye muscle disorder. The Plan will pay for lenses or contact lenses to correct an impairment directly caused by an accidental injury or intraocular surgery (such as cataracts). The eyeglasses or contact lenses must be purchased within one year of the injury or surgery and the patient must be covered by the Plan at the time of the purchase. Vision therapy may be covered if medically necessary and the services are performed by a licensed board-certified physician practicing within the scope of his/her license.
- (e) Donor charges and expenses for organ transplants incurred by a non-UABT participant.
- (f) Surrogate parenting (implementation of embryos and sperm) and pregnancy related medical care for the non-participant/non-dependent and/or procedures designed to reverse a previous elective sterilization, in-vitro fertilization, artificial insemination, zygote transfer, hormone therapy or any other services intended as treatment of infertility.
- (g) Medical or surgical treatment related to sexual dysfunction with the exception noted at Part XI, Section 1 and gender affirming medical care, transgender transition medication and/or gender reassignment surgery.
- (h) Use of growth hormone therapy unless demonstrated growth hormone deficiency has been medically substantiated and is determined to be medically necessary.
- (i) Gait training or therapies toward Activities of Daily Living (ADL), with the exception of any therapies required to meet Essential Health Benefits under ACA.
- (j) Services provided by an unlicensed provider or by any provider not acting within the scope of his/her/its license.
- (k) Non-surgical treatment of feet, including but not limited to treatment of weak or fallen arches, flat or pronated feet, metatarsalgia, bunions, hammer toes, paring or excision of corns or callus, or trimming of toenails.
- (l) Items or services specifically listed as not payable under Sections 2 through 23.
- (m) Complications resulting from or related to a non-covered service or supply.
- (n) Biofeedback.
- (o) Gene Therapy.
- (p) Penile implants
- (q) Home births or labor and delivery outside of an accredited medical facility.

Section 2, Hospital Charges (In Patient)

The Plan provides reimbursement for covered expense incurred in a facility that meets the Plan definition of a hospital, including: (a) room and board, and (b) other necessary medical services and supplies furnished by the hospital during hospital confinement.

No benefits are payable for (a) custodial or maintenance care; (b) occupational therapy which does not meet the plan definition of covered expense; (c) non-medical and personal items (d) over-the-counter medications except as specified under Preventive Care; and (e) high-cost implants, unless the hospital claim includes an invoice showing actual cost of the device(s). Covered expense for implants is limited to a maximum of 3 times the actual cost of the equipment, as verified by the invoice unless a different provision for implant is specifically defined in the facility's network contract.

Section 3, Hospital Charges (Outpatient) and Out Patient Surgical Centers

Covered expense incurred in the outpatient department and/or emergency room of a hospital is generally allowable, but benefits may be limited if the treatment was not for a medical emergency.

You should be aware that you save significant amounts of money when you visit a doctor's office for treatment of routine illness, instead of going to a hospital emergency room or out-patient clinic. Your Plan provisions take this into account and may limit coverage for non-emergency outpatient hospital charges to the benefits which would have been payable if you had gone to a doctor's office. Charges for "use of facility" will not be considered covered expense unless the treatment was for a medical emergency, accidental injury or surgical procedure.

Covered Expense for services rendered in a free standing, *outpatient surgical center* must meet the plan definition of Maximum Allowable Charge and/or Usual and Customary fees (Part V, Section 87). If two or more procedures are performed during the same operative session, covered expense will be determined based on full value for the major procedure, 1/2 value for any secondary procedure and 1/4 value for any other procedures that add significant time and complexity to the overall surgical session unless otherwise specified in the providers' network contract. Incidental procedures during the same operative session are not given additional consideration.

No additional consideration will be allowed for high-cost implants, unless facility's claim includes an invoice showing the cost of the device(s). If approved, Covered Expense will be limited to a maximum of 3 times the actual cost, as verified by the invoice, unless a different provision for implants is specifically defined in the facility's network contract.

Section 4, Convalescent Hospital, Skilled Nursing Facility or Extended Care Facility

Benefits are payable for necessary confinement if: (a) such charges are included as covered expense in the Schedule of Medical Expense Benefits; and (b) all conditions of any such provision have been met. No benefits are payable for custodial, rehabilitative or maintenance care.

Section 5, Professional Ambulance Service

Benefits are payable for Medically Necessary transportation by a licensed, professional ambulance service to or from the nearest hospital where appropriate care is obtainable for the sickness or injury requiring treatment (excluding charter flights).

UABT may pay for emergency ambulance transportation in an airplane or helicopter to a hospital if you need immediate and rapid ambulance transportation that ground transportation cannot provide. Services of air ambulance must be pre-authorized by UABT.

Section 6, Doctor Care

Applicable benefits for office, home or hospital visits are shown on the Schedule of Medical Expense Benefits. Benefits are also payable for covered expense incurred in connection with surgery, diagnostic laboratory and X-ray services and anesthesia when such services are rendered by a practitioner who meets the Plan definition of a doctor.

Section 7, Surgery and Anesthesia

If two or more procedures are performed during the same operative session, benefits for surgery will be determined based on full value for the major procedure, 1/2 value for any secondary procedure and 1/4 value for any other procedures that add significant time and complexity to the overall surgical session unless otherwise specified in the provider's network contract. Incidental procedures during the same operative session are not given additional consideration.

The Trust reserves the right to determine appropriate value for multiple procedures, based on the information submitted at the time of the claim.

Covered expense for an Assistant Surgeon is limited to 20% of the primary surgeon's allowance. If a second assistant is medically necessary, covered expense will be limited to 15% of the primary surgeon's allowance.

A Certified Surgical Assistant is allowable in place of, but not in addition to, an assistant surgeon. Covered expense for a CSA serving in such capacity is limited to 15% of the primary surgeon's allowance.

Surgical and anesthesia services may be limited to a specific table of benefits, referred to as the "Plan Surgical Schedule". If so, a representative sample of the schedule is included for your reference.

Section 8, Technician, Laboratory or Clinic Fees for Diagnostic Tests

Applicable benefits are shown on the Schedule of Medical Expense or Plan Summaries Benefits for diagnostic X-rays and laboratory tests ordered by a doctor and analyzed and read by a doctor to assist in diagnosing and/or treating a covered illness or injury.

Section 9, Pharmacy Charges

Pharmacy charges will be considered a covered expense for purchase of specific drugs or medicines that cannot be legally dispensed without a doctor's written prescription. Applicable benefits for such expenses are shown on the Schedule of Medical and/or Prescription Medicine Expense Benefits.

If the plan has a separate prescription medication out of pocket maximum, the prescription medication out of pocket maximum combined with the medical expense out of pocket maximum shall not exceed the federally determined out of pocket maximum for the plan year.

Pharmacy benefits are payable for contraceptive medications and medications for treatment of erectile dysfunction. No medical or pharmacy benefits are payable for prescription drugs or medicines used to enhance sexual performance, assist fertility, improve cosmetic appearance, or suppress appetite.

No benefits are payable for any over-the-counter medicines or preparations, vitamins, minerals, dietary supplements, or any other items that can be legally purchased without a doctor's written prescription, whether or not such prescription has been written with the exception of prescription prenatal vitamins, minerals, dietary supplements prescribed by a doctor for treatment during pregnancy except to the extent as required by the Affordable Care Act.

Section 10, Formulary Drugs

A drug formulary is a list of preferred, covered medications recommended to prescribing physicians. If applicable to your Schedule of Prescription Medication Expense Benefits formularies promote the use of medications chosen which are equally effective and less costly than alternative drugs. UABT will provide you with a list of the formulary medications for your Prescription Plan. This list is subject to change without notice.

Over-the-counter products, except as specified under Preventive Care, injectables and other medications listed on the formulary may not be covered if specifically excluded by other provision(s) of this Summary Plan Description.

Section 11, Orphan Drugs, Products and Devices

An Orphan Drug, product, biologic, device or medical food must have been approved by the FDA Office of Orphan Products Development (OOPD). UABT will consider Orphan Drugs, Products and Devices a covered expense after the drug, product or device has been approved by OOPD.

Section 12, Nursing Services

Services of a licensed Registered Nurse (RN), when rendering services ordered by or performed under the direct supervision of a doctor, provided that the services performed required the skills and training of a RN and are within the scope of practice covered by the nurse's license.

Services of a licensed, private nurse at home or during an approved convalescent hospital confinement, are covered if a claim qualifies for Major Medical Benefits and the services of a nurse: (a) were ordered by the doctor; (b) were medically necessary services requiring the specialized training of a nurse; and, (c) were not primarily housekeeping, personal hygiene, meal preparation or custodial care.

No benefits are payable for private duty nursing while a patient is confined in a hospital as a registered bed patient.

Section 13, Cobalt, Chemotherapy or Radiotherapy Expense

Charges for expense incurred during hospital confinement are payable under the Hospital Services Benefits. If a claim qualifies for Major Medical Benefits, then covered expense for out-patient cobalt therapy, chemotherapy or radiotherapy will be payable under the applicable Major Medical Benefit provisions.

Section 14, Physical Therapy, Speech Therapy and Acupuncture

Expense incurred for physical therapy during a hospital confinement will be considered payable under the Hospital Services Benefit. The term "physical therapy" includes medically necessary habilitative, rehabilitative and occupational therapies.

A patient can self-refer to a physical therapist for up to a maximum 45 calendar days/12 visits. Benefits may be limited to a 30-visit combined therapy maximum based on the Schedule of Benefits and/ or Plan Summaries. Any additional visits must have a physician's prescription and prior authorization by UABT.

If your claim qualifies for coverage, and such services are not excluded under your specific plan (see your Schedule of Medical Expense Benefits or Plan Summaries), covered expense for outpatient physical therapy or acupuncture performed by or under the written direction of a "doctor" (as defined in Part V, Section 29) will be allowable if the treatment is medically necessary to restore an impaired bodily function or to alleviate pain. When rendered by another practitioner, your progress must be monitored by the prescribing doctor on a regular basis.

No benefits are payable for speech therapy, unless the patient had normal speech which was interrupted or impaired by illness or injury. Speech therapy for developmental speech disorders for a dependent child is considered a Covered Expense subject to evidence of medical necessity.

No benefits are payable for massage therapy, gait training, acupuncture for other than pain management, occupational therapy which does not meet the plan definition, or therapy directed toward improvement of skills required for Activities of Daily Living (ADL) with the exception of those therapies required to meet the Minimum Essential Benefits required under ACA. Prior authorization is required for acupuncture services that extend beyond eight (8) visits.

Section 15, Medical Supplies and Durable Therapeutic

Expense incurred for medical supplies and equipment while hospital confined is payable under the Hospital Services Benefits. If the claim qualifies for Major Medical Benefits, covered expense for necessary medical supplies, including oxygen, standard model electric wheelchairs, and similar therapeutic equipment will be allowable with the following restrictions:

- (a) the supply, appliance or equipment must be ordered by a doctor;
- (b) the covered item must be strictly for use in treatment of the patient, and not for general family use;
- (c) if the item is rentable from a medical or surgical supply house, covered expense will not exceed the rental fee for the number of months usage which is certified by the doctor as medically necessary;
- (d) Covered expense for rental will not exceed the Plan Maximum Allowable Amount for purchase of the equipment;
- (e) if the item is not rentable, it must be a specialty item which is not obtainable in a regular drug or department store.

No benefits are payable for Jacuzzi, spa, sauna, barbells or other home exercise equipment, home air-conditioning units, ramps, or other home building modifications to facilitate wheelchair access, luxury attachments, deluxe designs or motorized attachments, foot orthotics, tanning equipment, personal comfort items, commodes, devices to assist with personal hygiene or any similar items regardless of prescription or purpose.

Section 16, Prosthetic Devices

If the claim qualifies for Major Medical Benefits, covered expense will include: (a) the initial prosthesis for replacement of a limb or eye removed while the patient was eligible under the Plan; (b) an initial prosthesis needed to correct a congenital deformity of a child and replacement prostheses as the child matures; or, (c) repair of such a prosthetic device.

Section 17, Psychological Services, Mental and Nervous Disorders

Generally recognized treatment of one or more of the Mental, Nervous and Behavioral Disorders categorized and defined as such in the most current edition of the international Classification of Diseases (ICD-10) will be paid as any other claim.

Covered Expense for treatment of Autism Spectrum Disorders including but not limited applied behavioral analysis will be limited to dependent children as defined under Part I, Section 4.

No benefits are payable for: (a) marriage or family counseling or (b) behavioral modification, educational therapy or any other therapy directed toward learning disabilities, however some behavioral health benefits may be available through UABT's Telemedicine program.

Section 18, Home Health Services

Covered Expense for Home Health Services includes skilled nursing care by an RN or LVN, laboratory tests and/or diagnostic X-rays, medical supplies, prescription drugs and physical therapy which would have been necessary had the patient remained in the hospital.

Section 19, Hospice Care

Covered Expense for Hospice Care includes any services performed or supplies dispensed for treatment of terminal illness where life expectancy approximates six (6) months or less provided such services are rendered by a provider approved by the National Hospice Organization and UABT.

Section 20, Special Rights Upon Childbirth

UABT does not restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following normal vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section, or require that a provider obtain authorization from the plan for prescribing a length of stay not in excess of the above periods.

Section 21, Genetic Information

The Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) makes it illegal for group health plans and most employers to discriminate against you based upon your genetic information. UABT does not request genetic information, nor does it use your genetic information when making decisions regarding your eligibility or contribution/premium rates.

Section 22, Family Planning Services

Covered Expense includes family planning services by a contracting provider. Services include birth control pills or patches, condoms, injectables, diaphragms, IUDs, emergency contraception services (e.g., Plan B) and follow-up care; GYN exams; physician pregnancy testing and counseling; physician screening and counseling for sexually transmitted infections, HIV, pap smears, and urinary tract or female-related infections; and, male and female sterilization. Fertility treatments are not covered.

Section 23, Genetic Testing

Covered Expense includes genetic testing that is medically necessary for the diagnosis (when conventional diagnostic procedures are inconclusive); if patient risk factors or a particular family history indicate a genetic cause; when the patient meets defined criteria that place them at high genetic risk for the condition; if the test is not considered experimental; investigational and is an procedure approved by CMS; when the test is performed by a CLIA-certified laboratory; test result will directly influence the disease treatment management; and if testing is accompanied by pretest and post-test counseling. Genetic testing is not a Covered Expense for population screening without a personal or family history, with the exception of newborn screening and pre-conception or prenatal carrier screening for certain conditions, such as cystic fibrosis, Tay-Sachs disease, sickle cell disease and other hemoglobinopathies; informational purposes; minors for adult-onset conditions and a relative of a plan member who is not also a plan member.

Section 24, Preventive Care

Charges for Preventive Care services. UABT intends to comply with the Affordable Care Act's (ACA) requirement to offer In-Network coverage for certain preventive services without cost-sharing. Benefits mandated through the ACA legislation include Preventive Care such as immunizations, screenings, and other services that are listed as recommended by the United States Preventive Services Task Force (USPSTF), the Health Resources and Services Administration (HRSA), and the Federal Centers for Disease Control (CDC). See the following websites for more details:

- a) [https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/;](https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/)
- b) [https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/;](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;
- 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/.](https://www.hrsa.gov/womensguidelines/)

NOTE: The Preventive Care services identified through the above links are recommended services. It is up to the Provider and/or Physician of care to determine which services to provide; the Plan Administrator has the authority to determine which services will be covered. Preventive Care services will be covered at 100% for Non-Network Providers if there is no Network Provider who can provide a required preventive service. Benefits include gender-specific Preventive Care services, regardless of the sex the Participant was assigned at birth, his or her gender identity, or his or her recorded gender.

- a) **Preventive and Wellness Services for Adults and Children** - In compliance with section 2713 of the Affordable Care Act, benefits are available for evidence-based items or services that have in effect a rating of "A" or "B" in the current recommendations of the United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

Immunizations that have in effect a recommendation from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) with respect to the individual involved. With respect to infants, Children, and adolescents, evidence-informed Preventive Care and screenings as provided for in the comprehensive guidelines supported by the Health Resources and Services Administration (HRSA).

- a) **Women's Preventive Services** - With respect to women, such additional Preventive Care, and screenings as provided for in comprehensive guidelines supported by the Health Resources and Services Administration (HRSA) not otherwise addressed by the recommendations of the United States Preventive Service Task Force (USPSTF),

which will be commonly known as HRSA's Women's Preventive Services Required Health Plan Coverage Guidelines. The HRSA has added the following eight categories of women's services to the list of mandatory preventive services:

- 1) Well-woman visits.
- 2) Gestational diabetes screening.
- 3) Human papillomavirus (HPV) Deoxyribonucleic Acid (DNA) testing.
- 4) Sexually transmitted infection counseling.
- 5) Human Immunodeficiency Virus (HIV) screening and counseling.
- 6) Food and Drug Administration (FDA)-approved contraception methods and contraceptive counseling.
- 7) Breastfeeding support supplies and counseling.
- 8) Domestic violence screening and counseling.

A description of Women's Preventive Services can be found at: <http://www.hrsa.gov/womensguidelines/>

Section 25, Routine Patient Costs for Participation in an Approved Clinical Trial

Charges for any Medically Necessary services, for which benefits are provided by the Plan, when a Participant is participating in a phase I, II, III or IV clinical trial, conducted in relation to the prevention, detection or treatment of a life-threatening Disease or condition, as defined under the ACA, provided:

- 1) The clinical trial is approved by any of the following:
 - a) The Centers for Disease Control and Prevention of the U.S. Department of Health and Human Services.
 - b) The National Institute of Health.
 - c) The U.S. Food and Drug Administration.
 - d) The U.S. Department of Defense.
 - e) The U.S. Department of Veterans Affairs.
 - f) An institutional review board of an institution that has an agreement with the Office for Human Research Protections of the U.S. Department of Health and Human Services.
- 2) The research institution conducting the Approved Clinical Trial and each health professional providing routine patient care through the institution, agree to accept reimbursement at the applicable Allowable Expense, as payment in full for routine patient care provided in connection with the Approved Clinical Trial.

The following items are excluded from approved clinical trial coverage under this Plan:

- 1) The cost of an Investigational new drug or device that is not approved for any indication by the U.S. Food and Drug Administration, including a drug or device that is the subject of the Approved Clinical Trial.
- 2) The cost of a service that is not a health care service, regardless of whether the service is required in connection with participation in an Approved Clinical Trial.
- 3) The cost of a service that is clearly inconsistent with widely accepted and established standards of care for a particular Diagnosis.
- 4) A cost associated with managing an Approved Clinical Trial.
- 5) The cost of a health care service that is specifically excluded by the Plan.
- 6) Services that are part of the subject matter of the Approved Clinical Trial and that are customarily paid for by the research institution conducting the Approved Clinical Trial.

If one or more participating Providers do participate in the Approved Clinical Trial, the qualified plan Participant must participate in the Approved Clinical Trial through a participating, Network Provider, if the Provider will accept the Participant into the trial.

The Plan does not cover routine patient care services that are provided outside of this Plan's health care Provider Network unless Non-Network benefits are otherwise provided under this Plan.

Section 26, Smoking Cessation

Covered Expense for smoking cessation includes medically necessary services by a contracting provider and FDA approved prescription medications. Covered expense is limited to two (2) sessions in any 12 consecutive months.

Section 27, Transplants

Allowable expenses incurred for covered transplant procedures during an eligible Participant's or Dependents' Transplant benefits period will be payable provided that:

You or your dependent call the UABT Member Services Department for a referral to a Center of Excellence. (A Center of Excellence is a hospital that has specialized facilities – physicians and other practitioners whose specialty includes organ transplants. You must use a Center of Excellence facility, except when an alternative is approved by the UABT Medical Review organization. If you do not use a Center of Excellence (unless otherwise approved by Medical Review), the non-PPO benefits will apply to all care related to the organ transplant.

UABT will reimburse the following Covered Expenses incurred as the result of a covered Transplant Procedure for you or your dependent:

- (a) Transportation of recipient and a companion to and from the site of the transplant. If recipient is a minor, transportation for two persons who travel with the minor will be covered. Reasonable and necessary lodging and meal costs incurred in the interim by such companions are included, except there is a daily limit of \$200 for all lodging and meal costs. Total payment for all transportation, lodging and meal costs for all persons for the Transplant Procedure shall not exceed \$5,000.
- (b) Hospital room and board and medical supplies.
- (c) Diagnosis, treatment and surgery by a Doctor.
- (d) Nursing care by a Registered Nurse (R.N.) or a Licensed Practical Nurse (L.P.N.)
- (e) Rental of wheelchairs, hospital-type beds and other mechanical equipment required to treat respiratory impairment.
- (f) Local ambulance service, medication, x-rays, and other diagnostic services, laboratory tests, oxygen.
- (g) Rehabilitation therapy, including speech therapy (not for voice training or a lisp), audio therapy, visual therapy, occupational therapy, and physiotherapy.
- (h) Surgical dressings and supplies
- (i) Plan benefits will be provided to an organ donor for Covered Expense incurred by an eligible UABT participant, provided the expenses incurred are directly related to the transplant surgery and are not payable by any other medical plan in the absence of this Plan's coverage.
- (j) UABT will pay Covered Expense for the following Transplant Procedures:
 - 1) Bone Marrow
 - 2) Heart
 - 3) Heart/Lung
 - 4) Liver
 - 5) Lung
 - 6) Kidney/Pancreas
 - 7) Kidney
 - 8) Cornea
- l) No benefits will be payable for the (i) animal and/or mechanical organs except as provided for above; (ii) any expenses incurred for which you would not legally have to pay if there was no coverage for benefits; (iii) custodial care; (iv) if you or your dependent lose coverage under the Plan; (v) any organ or tissue transplant required as a result of an accidental injury or illness not covered by UABT; and (vi) any transplants which are considered to be experimental.

Section 28, Elective Abortion

Allowable expenses incurred for elective abortion procedures during an eligible Participant's or Dependents' benefits period will be payable provided that:

You or your dependent call the UABT Member Services Department to determine legal abortion within your state of residence. If elective abortion is not legal in your state or your Dependent's of residence, travel to the next closest state where abortion is legal will be provided to you. Travel costs may be covered as explained below.

UABT will reimburse the following Covered Expenses incurred as the result of a covered elective abortion for you or your dependent:

- (a) Hospital room and board and medical supplies.
- (b) Diagnosis, treatment and procedure by a Doctor.
- (c) Nursing care by a Registered Nurse (R.N.) or a Licensed Practical Nurse (L.P.N.).
- (d) Necessary diagnostic services and laboratory tests.
- (e) Surgical dressings and supplies
- (f) If elective abortion is not covered in your state or your Dependent's of residence, transportation for two persons (the patient and a companion) will be covered. Referral and authorization to travel to the nearest state is required. Reasonable and necessary lodging and meal costs are included, except there is a daily limit of \$200 for all lodging and meal costs. Total payment for all transportation, lodging and meal costs for all persons for the procedure shall not exceed \$5,000.

Section 29, Hormone Replacement Therapy

Hormone replacement therapy (HRT) using synthetic, animal-derived or bioidentical hormones delivered through any medically necessary method. Covered services includes testing an analysis required to determine appropriate treatment.

Part XII, Dental Plan Benefits

This section is intended to be used in conjunction with your Schedule of Dental Expense Benefits under your elected Dental Plan. Dental benefits are available for covered charges incurred by eligible Plan Participants. The Plan's payment will be limited to the Maximum Allowable Amount and/ or benefit maximums as defined in the Schedule of Dental Expenses.

Section 1, Deductible

Your Deductible is listed on your Schedule of Dental Expense Benefits. This Deductible amount is required for each eligible family member per Calendar Year. The Deductible is the amount of Covered Expense that must be incurred before benefits are payable. Charges that do not qualify as Covered Expense cannot be used to satisfy the Deductible.

Section 2, Percentage Payable

Your Percentage Payable is listed on the Schedule of Dental Expense Benefits. It is the percentage of Covered Expense payable after any applicable Deductible has been satisfied.

Section 3, Plan Maximum

Your Plan Maximum is listed on the Schedule of Dental Expense Benefits. This amount of Covered Expense is the aggregate of benefits payable during any one Calendar Year.

Section 4 Alternate Dental Procedures

If two or more procedures, services or courses of treatment may satisfactorily correct a dental condition, the least expensive procedure will be considered for payment. Such determination will be made at the Plan's discretion based upon professionally endorsed standards of care.

Section 5, Preventative Dental Services

Preventative Dental Services are detailed in your Schedule of Dental Expense Benefits and may include:

- (a) Exams & Cleaning, Routine: Routine oral examinations and routine cleaning and polishing of the teeth. Limited to two(2) in a twelve (12) month period.
- (b) Fluoride: Topical application of stannous or sodium fluoride. May be limited to age 19 and under. See your Schedule of Dental Expense Benefits for more information.
- (c) Palliatives: Emergency treatment for the relief of dental pain.
- (d) Prophylaxis: see "Exams & Cleanings, Routine."
- (e) Sealants: Application of sealants to the pits and fissures of the teeth, with the intent to seal the teeth and reduce the incidence of decay. Coverage is limited to application on the occlusal (biting) surface of permanent molars that are free of decay or prior restoration. May be limited to age 19 and under. See your Schedule of Dental Expense Benefits for more information.
- (f) X-Rays: "Full mouth" X-rays one (1) every thirty-six (36) months (every twenty-four (24) months age 18 and under) and routine bitewing X-rays two (2) series every twelve (12) months.

Section 6, Basic Dental Services

Basic Dental Services are detailed in your Schedule of Dental Expense Benefits and may include:

- a) Anesthesia: General anesthesia when administered in connection with oral surgery or when deemed medically necessary by the Plan. Note: Separate charges for pre-medication, local anesthesia, analgesia or conscious sedation are not covered. Such services should be included in the cost of the procedure itself. (the Plans I have administered cover IV sedation and Nitrous Oxide)
- b) Restorative crowns
- c) Stainless Steel Crowns
- d) Replacement of a crown, if the existing crown is at least five (5) years old and cannot be made serviceable. See "Cosmetic Dentistry" in the list of Dental Limitations and Exclusions for restrictions on veneer or facing (i.e."tooth-colored") restorations. Crowns placed for periodontal splinting are not covered.

- e) Endodontia: Endodontic services including but not limited to: root canal therapy (except for final restoration), pulpotomy, apicoectomy and retrograde filling.
- f) Extraction: See "Oral Surgery".
- g) Filling, NON-Precious: Amalgam, silicate, composite and plastic restorations, including pins to retain a filling restoration when necessary. Note: For teeth posterior to (behind) the second bicuspid, an allowance for amalgam fillings will be made. See "Cosmetic Dentistry" in the list of **Dental Limitations and Exclusions**
- h) Injections: Injection of antibiotic drugs.
- i) Oral Surgery: Extraction of teeth, including simple extractions and surgical extraction of bone or tissue-impacted teeth. Other surgical and adjunctive treatment of disease, Injury and defects of the oral cavity and associated structures. We cover Wisdom Teeth extractions under medical.
- j) Pathology: Laboratory services required for dental procedures.
- k) Periodontia: Treatment of the gums and tissues of the mouth, including periodontal scaling and root planning.
- l) Re-Cementing: Re-cementing of a crown, inlay, bridge or denture.
- m) Visits, Non-Routine: Office visits during regular office hours for treatment and observation of injuries to teeth and supporting structure. Professional visits after hours.
- n) X-Rays: Dental X-rays not included in Preventive.

Section 7, Major Dental Services

Major Dental Services are detailed in your Schedule of Dental Expense Benefits and may include:

- a) Abutment crowns.
- b) Implants: Materials implanted into or on bone or soft tissue and all related services or supplies, or the removal of implants, up to the allowance for a bridge or partial. (Verify)
- c) Onlays & Gold Restoration: Initial placement of an inlay, onlay or gold filling when a tooth cannot be satisfactorily restored with a less costly filling (e.g., amalgam) restoration. Replacement of an inlay, onlay or gold restoration, if the existing restoration is at least five (5) years old and cannot be made serviceable. See "Cosmetic Dentistry" in the list of Dental Limitations and Exclusions for restrictions on "tooth-colored" restorations.
- d) Prosthetics: Initial placement of a full or partial denture or bridge to replace one or more natural teeth that are extracted while the person is covered hereunder. Any allowance made for a prosthetic includes necessary adjustments within one (1) year of placement. Replacement of or addition of teeth to an existing full or partial denture or bridge, but only if: a) the replacement or addition of teeth is required because of the extraction of one (1) or more natural teeth while the person is covered hereunder; b) the existing denture or bridge cannot be made serviceable and is at least five (5) years old; or, c) the existing denture is an immediate temporary denture to replace one (1) or more natural teeth and replacement by a permanent denture is required and takes place within twelve (12) months from the date of the initial installation of the immediate temporary denture.
- e) Repairs & Adjustments: Repair of a crown, inlay, bridge or denture or the relining of a denture. Prosthetic adjustments, but only for services provided more than six (6) months after placement.

Section 8, Orthodontia

If Orthodontia is a Covered Expense in the applicable Schedule of Dental Expense Benefits, services or supplies for the correction of bite or malocclusion or for the alignment or repositioning of teeth including:

- a) initial consultation, models, X-rays and other diagnostic services;
- b) initial banding or placement of orthodontic appliance(s);
- c) periodic adjustments; and
- d) retainers.

Orthodontia benefits will begin upon submission of proof that the orthodontia treatment program has begun. Payments will be divided into equal installments, based upon the estimated number of months of treatment, and will be paid over the treatment period as proof of continuing treatment is submitted. The maximum benefit for Orthodontia Services is shown in the "Plan Maximums" in the applicable Schedule of Dental Expense Benefits. This maximum applies to the entire period(s) a person is covered hereunder. May be limited to age 19 and under. See your Schedule of Dental Expense Benefits for more information.

Dental Limits and Exclusions

Except as specifically stated, no benefits will be payable under this Plan for:

- (a) Services performed for surgical repositioning of the jaw or solely for cosmetic reasons.

- (b) Replacement of a bridge or denture within 5 years of the original date of installation for any reason, including loss or theft, unless:
 - i. Necessity because of placement of a new opposing appliance;
 - ii. Due to extraction of additional natural teeth; or,
 - iii. The appliance, while in the patient's mouth was damaged beyond repair by an accidental injury.
- (c) Replacement of any bridge or denture, which is satisfactory or can be made satisfactory.
- (d) Any appliance or restoration, except full dentures, where the primary purpose is to change position of the teeth, stabilize teeth involved in periodontal or restore and/or maintaining occlusion.
- (e) Duplicate dentures or appliance, regardless of diagnosis, or protective mouth guards.
- (f) Experimental procedures, training in plaque control or oral hygiene, or dietary instruction.
- (g) Charges for a patient's failure to keep a scheduled appointment or for completion of claim forms.
- (h) Charges for dental services for which the covered person is not legally required to pay.
- (i) Charges for dental services or supplies, which are covered under any other group plan, covered or sponsored by the employer.
- (j) Any care, treatment service or supplies for an Injury or Illness sustained while doing any act or thing pertaining to any occupation or employment for pay or profit.
- (k) Any care, treatment, service or supplies for which the covered person is entitled to benefits under Workers' Compensation or any similar law.
- (l) Any care, treatment, service or supplies resulting an injury or illness sustained while on active duty in the armed forces.
- (m) Services and supplies not reasonably necessary, or not customarily performed.
- (n) Loss caused by or contributed to by war or an act of war, whether declared or not.
- (o) Services performed for correction of congenital or developmental malformations.
- (p) Charges for relining or rebasing a denture/partial within the first six (6) months after the appliance was placed.
- (q) Charges for additional treatment necessitated by lack of patient cooperation with the dentist, or noncompliance with prescribed dental care, which results in additional liability.
- (r) Adjustment of prosthetic appliances within six (6) months of initial installation and not included in the cost of such appliance.
- (s) Pontics for reasons other than replacement of missing teeth.
- (t) Charges for characterizations of crowns, dentures or bridgework.
- (u) Charges for facings, veneers or similar material placed on molar crown or pontics.
- (v) Charges for take home items such as fluoride rinse, tooth brushes and floss.
- (w) Charges for any temporary procedure or appliance, other than a Temporary Crown.
- (x) Charges for application of desensitizing medications.
- (y) Charges for services involving tooth transplants.

Part XIII, Vision Plan Benefits

This section is intended to be used in conjunction with your Schedule of Vision Benefits under your elected Vision Plan. Vision benefits are available for covered charges incurred by eligible Plan Participants. The Plan's payment will be limited to the Maximum Allowable Amount and/or benefit maximums as defined in the Schedule of Vision Benefits.

The vision Care Plan uses the VSP Network of practitioners and providers who provide necessary vision services at a minimal charge to you. To find a participating provider in your area, contact VSP's Customer Service Department at 1-800-877-7195.

After any applicable Copayment, the Participating Provider will accept fees as payment in full for the balance of covered services. If you choose not to use a Participating Provider, a benefit amount for each service is listed in your Schedule of Vision Benefits.

Section 1, Vision Copayment Amount

Your Copayment is listed on the Schedule of Vision Benefits.

Section 2, Vision Benefit Maximum Amount

Your Benefit Maximum is listed on the Schedule of Vision Benefits.

Section 3, Vision Plan Benefits

Vision Examination: (each 12 months). A complete analysis of the eyes to determine the presence of vision problems or abnormalities.

Lenses: (each 12 months). Plan provides necessary single vision, bifocal, trifocal, or lenticular lenses. Polycarbonate lenses are covered in full for dependent children up to the end of the month in which they turn age 26..

Contact Lenses: (each 12 months) Contact lenses are available once every 12 months in lieu of all other lens and frame benefits available herein. When contact lenses are obtained, the Covered Person shall not be eligible for lenses and frames again for 12 months. Please see your Schedule of Vision Benefits for coverage of Necessary and Elective lenses. Copayment may apply.

Frames: (each 24 months). Offers a selection of standard frames. If You select a frame that costs more than the standard, or a large frame that requires oversize lenses, there will be an additional charge to You.

PLAN PROVISIONS

Extra Costs: The Plan is designed to cover your visual needs, not cosmetic materials. If you select any of the following and your VSP Participating Provider does not receive prior approval, there may be an extra charge to you and can be added at your option:

- Optional cosmetic processes.
- Anti-reflective coating.
- Color coating.
- Mirror coating.
- Scratch coating.
- Blended lenses.
- Cosmetic lenses.
- Laminated lenses.
- Oversize lenses.
- Polycarbonate lenses.
- Photochromic lenses, tinted lenses except Pink #1 and Pink #2.
- Progressive multifocal lenses.
- UV (ultraviolet) protected lenses.
- Certain limitations on low vision care.

- A frame that costs more than the Plan allowance.
- Contact lenses (except as noted elsewhere herein).
- Services and/or materials not indicated on your Schedule of Vision Benefits.

Experimental: A treatment of an experimental nature is one that is not used universally or accepted by the vision care profession, as determined by VSP.

Prior Authorization: Certain benefits require prior authorization to VSP before such benefits are covered. If You would like more information regarding VSP's criteria for authorizing or denying benefits, You may contact VSP's Customer Service Department at 1-800-877-7195.

How to Use Your Vision Service Program

Claims for vision care are paid by Vision Service Plan, P.O. Box 254500, Sacramento, CA 95865. However, to use the Plan correctly, You should:

1. Call Vision Service Plan for a listing of member doctors at 1-800-877-7195.
2. Select a member doctor and make an appointment. Within the limits of the Plan you will be required to pay a Plan Copayment for all services of a VSP Participating Provider.

Vision Limits and Exclusions

No vision benefits will be provided for:

- (a) Employment-Required Services: Any eye examination, or any corrective eyewear that is required by an employer as a condition of employment.
- (b) Excluded Charges: Charges excluded or limited by the Plan design as stated in this document.
- (c) No Prescription Change: Glasses purchased when the lens prescription has not changed.
- (d) Non-Professional Care: A vision examination performed other than by a licensed ophthalmologist or optometrist.
- (e) Non-Prescription Lenses: Lenses that do not correct refractive error (plano lenses) or that are not obtained upon prescription by an ophthalmologist, optometrist or optician.
- (f) Orthoptics: Services or supplies in connection with orthoptics, vision training or other special procedures.
- (g) Radial Keratotomy/Lasik/Other Refractive Correction Surgery: Surgery to correct refractive error.
- (h) Replacement: Replacement of lost or broken lenses or frames.
- (i) Sunglasses: Sunglasses or photosensitive lenses.
- (j) Training: Charges for vision training or subnormal vision aids.
- (k) Broken appointments
- (l) No Obligation to pay: Charges incurred for which the Plan has no legal obligation to pay
- (m) Safety glasses or goggles.
- (n) Orthoptics or vision training and any associated supplemental testing; plano lenses (less than a $\pm .50$ diopter power); or two pair of glasses in lieu of bifocals;
- (o) Medical or surgical treatment of the eyes;
- (p) Corrective vision treatment of an Experimental Nature;
- (q) Costs for services and/or materials above Plan Benefit allowances

Part XIV, Claims for Benefits

Section 1, How to File a Claim for Medical, Prescription Medication, Dental or Vision Benefits

Claims will be adjudicated after a full and fair review in accordance with the terms of UABT and applicable law by the Plan Administrator which has the final authority to administer the Plan.

To file a claim:

- 1) Take your UABT Identification Card with you to the hospital, doctor or dentist.
- 2) No special UABT claim form is required. You or your provider may send any standardized claim form or medical bill used by the provider's office directly to the UABT Claims Department or your Preferred Provider Organization (PPO) for processing. Acceptable billing statements include any form that includes date of service, diagnosis, treatment, patient's name *and* birth date and the name, address and UABT Identification Number of the covered participant.
- 3) You may choose to obtain a UABT claim form from your employer, local service representative or the Trust of- fice before going to the hospital or doctor. If so, you should complete your section of this claim form *in full*, as it applies to your claim, sign the Authorization to Release Information on the form and leave it with your provid- er's office for submission with their claim.
- 4) The UABT Plan does not allow or recognize "assignment of benefits," which many providers require as a condi- tion of payment. If you sign such an "assignment of benefits," UABT will treat that as your authorization to remit payment directly to your health care provider. UABT will remit payment directly to your provider if you so au- thorize but the UABT Plan does not permit or recognize any assignment of claims or legal rights of any health care provider to pursue any legal action against UABT.
- 5) You, or the provider, may attach any additional bills to the claim if each bill clearly indicates the name of the pa- tient, the date(s) of each service, what was done on each date, the fee for each service and the diagnosis in- volved. Bills that you have paid in full should be clearly marked to avoid reimbursement error.
- 6) You or the provider may need to furnish written proof that the expenses were incurred or that the benefit is covered under the Plan. If you or the provider do not provide us with the documentation provided, the claim may be denied.
- 7) Confirmation of eligibility or benefit confirmation by a provider does not guarantee payment of benefits. All claims are subject to the provision, limitations and exclusions of the Plan. Oral statements and representations do not override the Plan provisions.
- 8) Bills for prescription drugs must show the name of the patient, the date of purchase, the name of the prescrib- ing doctor and the name of the drug. Cash register receipts are not acceptable.

Section 2, Claims Procedures

In the case of post service claims, UABT will process your claims within a reasonable period of time, but not later than thirty (30) days after receipt of the claim. This period may be extended for up to fifteen (15) days in the event that additional information and/or documentation to support the claim are necessary. If such an extension is necessary, UABT will specifically state the infor- mation necessary to decide the claim and you or your representative will have at least forty-five (45) days from receipt of the notice within which to provide the specified information.

Section 3, Health Claims Payment

A check, or explanation of benefits (EOB), will be sent as soon as possible after your claim has been received. If your benefits were assigned to a provider of service, you will be notified of the settlement at the time the provider's check is mailed. Payment of benefits may be delayed if all of the necessary information is not received with the claim, or if the claim does not include item- ized bills. Payments expire after 180 days if not cashed by the Provider or the Participant. A Provider or Participant may request an expired payment to be reissued within one (1) year of the original payment date. Only one (1) reissued payment will be granted. Expired payments not requested within one (1) year from the original payment date and reissued payments not cashed within 180 days will be returned to the Trust and shall not be reissued.

An "itemized bill" is one which includes the name of the patient, each date of service, what was done on each date, the charge for each service and the diagnoses being treated. A "balance due" or "balance forward" type billing is not itemized and cannot be processed for payment.

If the bill is for a prescription drug(s) the name of the patient, name of the drug, name of the prescribing doctor and the date of purchase must be included. A cash register receipt is not acceptable.

"Necessary information" includes your full name as listed in the Trust eligibility records, your birth date, UABT Identification Number and current address. If the claim is for one of your dependents, the dependent's name, birth date and relationship to you must also be indicated.

Where benefit payment is affected, "necessary information" may also include: (a) proof that the service was ordered by a doctor, (b) information on payment made by another benefit plan, (c) details of an accident, (d) third party liability information, and (e) medical, dental or employment records.

Section 4, Life and Accidental Death/Dismemberment Claims

The insurance company that has underwritten the Trust's Schedule of Life Insurance Benefits pays claims for benefits due to death or dismemberment. However, to prevent delays in claim processing, the following steps should be followed when filing claim for these benefits:

- (a) The designated beneficiary or representative of the decedent's estate should contact the UABT Member Services Department (1-800-223-4590) for claim forms and filing instructions.
- (b) At the time of application, the beneficiary will be advised by the Plan Administrator of all documents necessary for completion of the claim filing.

Section 5, Claim Filing Deadlines

It is important to file a claim within ninety (90) days of the date of service to assure payment. If you do not file a claim within the ninety (90) daytime limit it will not necessarily invalidate your claim if it was not reasonably possible for you to do so, provided it is filed as soon as possible thereafter. However, under no circumstances will a claim be accepted more than twelve (12) months after the date the service was rendered.

If a claim has been received but denied pending receipt of additional information needed to process the charges, acceptable response must be received within one-hundred twenty (120) days of the written request, or the claim will be closed.

Section 6, Claim Denial Procedure for Medical, Prescription Medication, Dental or Vision Claims

Any claim for Benefits under the Plan must be made in writing to the UABT Claims Department. If a claim for medical, prescription medication, vision or dental benefits is denied in whole or in part, the Claims Department will notify you of the action being taken on the claim.

If a denial is necessary, such denial shall: (a) be notified by phone for urgent procedures or in writing for claims already incurred (b) be in writing, in a manner intended to be understood by the average person, (c) contain the specific reason for denial of the claim, (d) be sent within the time limits prescribed by law, and (e) include an explanation of the claims review procedure.

Section 7, Adverse Benefit Determination

An "adverse benefit determination" is any decision by UABT that involves the denial, reduction, or termination of a benefit. When UABT makes an adverse benefit determination, UABT will provide adequate notice of the decision.

Section 8, Review and Appeal Procedures for Denied Prescription Medication

If a claim for prescription medication is denied in whole or in part, you have the right to appeal this decision to the UABT Pharmacy Benefit Network (PBN). This appeal process will consist of a full and thorough review and evaluation of the denial of the medication.

If you do not agree with the determination of the PBN, you have the right to request review and appeal through UABT.

Section 9, Review and Appeal Procedures for Denied Medical, Prescription Medication, Dental or Vision Claims

- 1) If a claim for benefits is denied in whole or in part or if there is an adverse determination of benefits, you, or a representative of your choice, may request a review of the decision within one hundred eighty (180) days of the date you receive the notice of denial or limitation by the UABT Appeals Committee.
- 2) A request for review must be in writing, addressed to the UABT Appeals Committee, c/o United Agricultural Benefit Trust Claims, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606-5105, telephone 1(800)223.4590. You should state the reason you are requesting review and include any additional information that might help the Appeals Committee in evaluating your claim.
- 3) After the claim has been reviewed, if the denial is reversed, the disputed claim will be paid pursuant to plan provisions.
- 4) After the claim has been reviewed and the denial upheld, the UABT Appeals Committee will: (1) notify you in writing within seventy-two (72) hours for authorizations involving urgent care; fifteen (15) days for other authorizations; and, sixty (60) days for post-service health claims The denial notice will include a copy of the specific

Plan provisions affecting the denial; and (3) let you know how to file an appeal to the Board of Trustees; provide you with new or additional evidence or rationale and a reasonable opportunity to respond to it before making a final decision on the claim. .

- 5) If you disagree with the conclusions reached by the UABT Appeals Committee, you may file a written appeal or request a formal hearing of the Board of Trustees within one hundred eighty (180) days of receipt of the results of the UABT Appeals Committee review. A written appeal should include: (1) your name, address and UABT Identification number, (2) the name of the patient, (3) the claim number and date of denial notice, (4) the specific facts upon which your appeal is being made; and, (5) all documents and evidence you have supporting those facts.
- 6) Any appeal should be addressed to the Board of Trustees, c/o United Agricultural Benefit Trust, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606-5105, to the attention of Trust Counsel.
- 7) Board of Trustees' consideration will be based on your written statement unless you request a formal hearing. If you request a hearing, it will be conducted at the next scheduled meeting of the Board of Trustees at the scheduled location of the meeting, upon 10 days written notice to all parties. Although not necessary, you may be represented by an attorney of your choice at the hearing.
- 8) The Board of Trustees has full discretionary authority to interpret the Plan, and to make decisions regarding eligibility and payment of claims. The Trustees will then conduct a full and fair evaluation of the appeal and shall base its decision on the information available at the time of consideration
- 9) The Board of Trustees, through UABT's Legal Counsel, shall mail a written decision of the appeal to you within seventy-two (72) hours for authorizations involving urgent care (if applicable), fifteen (15) days for other authorizations and thirty (30) days for health claims after the appeal has been reviewed. The Trustees' final decision shall: (1) be written in a manner intended to be understood by the average person; (2) include the specific reason or reasons for the decision; and (3) contain a specific reference to the pertinent Plan provisions upon which the decision is based.
- 10) You must complete UABT's claim process before filing an action in court challenging the denial of a claim (all administrative remedies must be exhausted). Any court challenge to a claim denial must be filed by the patient. The assignee of benefits is not eligible to initiate a court challenge to the denied claim.

Section 10, Independent Review

If your appeal to the Board of Trustees involved a medical judgment issue or rescission of coverage (and you are not a participant in a "Grandfathered Benefit Plan") and the Board of Trustees upheld your benefit denial, you have the right to request external review of your claim within one hundred twenty (120) days after the date of receipt of the Trustee's benefit denial notice. Upon receipt of your request for an external review, UABT must complete a preliminary review of your request within five (5) business days to determine whether (a) you were covered under UABT when your treatment was provided; (b) the benefit denial was not related to your eligibility for benefits; (c) you have exhausted UABT's internal appeals process (unless you are not required to do so under the appeal regulations); and (d) you have provided all the information and forms needed to process the external review. UABT will then submit the appeal to an accredited independent review organization (IRO) to perform the external review along with the documents and any information considered in making the benefit denial. The IRO will review the claim "de novo", meaning starting from the beginning, and is not bound by any decisions or conclusions reached under UABT's internal claims and appeals process.

- 1) Within forty-five (45) days after the IRO received the external review request, it must provide written notice of the final review decision. This notice is delivered to both you and UABT. It will contain (a) a general description of the reason for the external request; (b) date the IRO received the assignment to conduct the review and the date of the IRO's decision; (c) reference to the evidence or documentation considered in reaching the decision; (d) discussion of the principal reason(s) for the IRO's decision; (e) statement that judicial review may be available to you; and (f) the phone number for any applicable office of health insurance consumer assistance.
- 2) If the IRO's decision is to reverse the plan's benefits denial, the plan must immediately provide coverage or payment of the claim.

Section 11, Appeal Procedure for Denied Life Insurance Benefits

Your Life Insurance benefits are handled separately by an independent life insurance carrier. To appeal a denial of life insurance benefits, however, you should address any written appeal as described above for medical claims. Your appeal will then be forwarded to the appropriate carrier and will be responded to in a similar manner to that described for medical claim review.

Section 12, Claim Information and Service

For bi-lingual assistance in filing a claim or for benefit information, call or write *UABT Member Service Department, 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105, (949) 975.1424, (800) 223.4590, Fax (949) 892.1120.*

Si requiere de ayuda bilingüe para presentar una reclamación 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.*

Section 13, Appointment of Authorized Representative

You may designate another individual to be an authorized representative and act on your behalf and communicate with the Plan with respect to a specific benefit claim or appeal of a denial. This authorization must be in writing, signed and dated by you and include all the information required in the authorized representative form. The appropriate form can be obtained from the Plan Administrator.

The Plan will permit, in a medically urgent situation, such as a claim involving Urgent Care, a Claimant's treating healthcare practitioner to act as the Claimant's authorized representative without completion of the authorized representative form.

Should a Claimant designate an authorized representative, all future communications from the Plan will be conducted with the authorized representative instead of the Claimant, unless the Plan Administrator is otherwise notified in writing by the Claimant. A Claimant can revoke the authorized representative at any time. A Claimant may authorize only one person as an authorized representative at a time.

Recognition as an authorized representative is separate from a Provider accepting an assignment of benefits, requiring a release of information, or requesting completion a similar form. An assignment of benefits by a Claimant shall not be recognized as a designation of the Provider as an authorized representative for legal proceedings and other similar matters. Assignment and its limitations under this Plan are described below.

Section 14, Payment of Benefits

Where benefit payments are allowable in accordance with the terms of UABT, payment shall be made in U.S. Dollars (unless otherwise agreed upon by the Plan Administrator). Payment shall be made, in the Plan Administrator's discretion, to an assignee of an assignment of benefits, but in any instance may alternatively be made to the Claimant, on whose behalf payment is made and who is the recipient of the services for which payment is being made. Should the Claimant be deceased, payment shall be made to the Claimant's heir, assign, agent or estate (in accordance with written instructions), or, if there is no such arrangement and in the Plan Administrator's discretion, the institute and/or Provider who provided the care and/or supplies for which payment is to be made – regardless of whether an assignment of benefits occurred.

A medical provider which accepts the Assignment of Benefits does so as consideration in full for services rendered and is bound by the rules and provisions set forth within the terms of this document. (An assignment of benefits does not allow the provider to file legal action against the Trust – any legal action must be filed by the participant.)

Section 15, Recovery of Payments

Occasionally, benefits are paid more than once, are paid based upon improper billing or a misstatement in a proof of loss or enrollment information, are not paid according to the Plan's terms, conditions, limitations, or Exclusions, or should otherwise not have been paid by the Plan. As such this Plan may pay benefits that are later found to be greater than the Maximum Allowable Charge. In this case, this Plan may recover the amount of the overpayment from the source to which it was paid, primary payers, or from the party on whose behalf the charge(s) were paid. As such, whenever the Plan pays benefits exceeding the amount of benefits payable under the terms of the Plan, the Plan Administrator has the right to recover any such erroneous payment directly from the person or entity who received such payment and/or from other payers and/or the Claimant or Dependent on whose behalf such payment was made.

A Claimant, Dependent, Provider, another benefit plan, insurer, or any other person or entity who receives a payment exceeding the amount of benefits payable under the terms of the Plan or on whose behalf such payment was made, shall return or refund the amount of such erroneous payment to the Plan within 30 days of discovery or demand. The Plan Administrator shall have no obligation to secure payment for the expense for which the erroneous payment was made or to which it was applied.

The person or entity receiving an erroneous payment may not apply such payment to another expense. The Plan Administrator shall have the sole discretion to choose who will repay the Plan for an erroneous payment and whether such payment shall be reimbursed in a lump sum. When a Claimant or other entity does not comply with the provisions of this section, the Plan Administrator shall have the authority, in its sole discretion, to deny payment of any claims for benefits by the Claimant and to deny or reduce future benefits payable (including payment of future benefits for other Injuries or Illnesses) under the Plan by the amount due as reimbursement to the Plan. The Plan Administrator may also, in its sole discretion, deny or reduce future benefits (including future benefits for other Injuries or Illnesses) under any other group benefits plan maintained by the Plan Sponsor. The reductions will equal the amount of the required reimbursement.

Providers and any other person or entity accepting payment from the Plan or to whom a right to benefits has been assigned, in consideration of services rendered, payments and/or rights, agrees to be bound by the terms of this Plan and agree to submit claims for reimbursement in strict accordance with their State's health care practice acts, ICD or CPT standards, Medicare guidelines, HCPCS standards, or other standards approved by the Plan Administrator or insurer. Any payments made on claims for reimbursement not in accordance with the above provisions shall be repaid to the Plan within 30 days of discovery or demand or incur prejudgment interest of 1.5% per month. If the Plan must bring an action against a Claimant, Provider or other person or entity to enforce the provisions of this section, then that Claimant, Provider or other person or entity agrees to pay the Plan's attorneys' fees and costs, regardless of the action's outcome.

Further, Claimants and/or their Dependents, beneficiaries, estate, heirs, guardian, personal representative, or assigns (Claimants) shall assign or be deemed to have assigned to the Plan their right to recover said payments made by the Plan, from any other party and/or recovery for which the Claimant(s) are entitled, for or in relation to facility-acquired condition(s), Provider error(s), or damages arising from another party's act or omission for which the Plan has not already been refunded.

The Plan reserves the right to deduct from any benefits properly payable under this Plan the amount of any payment which has been made for any of the following circumstances:

- 1) In error.
- 2) Pursuant to a misstatement contained in a proof of loss or a fraudulent act.
- 3) Pursuant to a misstatement made to obtain coverage under this Plan within two years after the date such coverage commences.
- 4) With respect to an ineligible person.
- 5) In anticipation of obtaining a recovery if a Claimant fails to comply with the Plan's Third-Party Recovery, Subrogation and Reimbursement provisions.
- 6) Pursuant to a claim for which benefits are recoverable under any policy or act of law providing for coverage for occupational injury or disease to the extent that such benefits are recovered. This provision (6) shall not be deemed to require the Plan to pay benefits under this Plan in any such instance.

The deduction may be made against any claim for benefits under this Plan by a Claimant or by any of his covered Dependents if such payment is made with respect to the Claimant or any person covered or asserting coverage as a Dependent of the Claimant.

If the Plan seeks to recoup funds from a Provider, due to a claim being made in error, a claim being fraudulent on the part of the Provider, and/or the claim that is the result of the Provider's misstatement, said Provider shall, as part of its assignment to benefits from the Plan, abstain from billing the Claimant for any outstanding amount(s).

Part XV, ERISA Information and Statement of Rights

The following information is provided in accordance with the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA, 29 U.S.C. 1001 et seq.) and describes your claim filing rights, responsibilities and denied claim appeal process.

Section 1, Name and Type of Administration of the Plan

The Plan is known as the United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust, United Agricultural Benefit Trust or UABT, and is administered by a Board of Trustees (who are participants of the Plan and elected by participating employers) established under the provisions of the Trust Agreement of the United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust.

Section 2, Sponsor of the Plan

The United Agribusiness League created the Plan and Trust. You and your eligible dependents may receive upon written request, information as to whether a particular employer or employer organization is a participant of the Plan and, if so, their address.

Section 3, Name and Address of the Trustee

The Institutional Trustee in control of UABT assets is the Bank of America. The Institutional Trustee can be contacted at Bank of America, 231 South LaSalle Street, Chicago, IL 60697.

Section 4, Name and Address of the Plan Administrator

United Agribusiness League (UnitedAg or UAL) is the Plan Administrator for United Agricultural Benefit Trust. The Plan Administrator can be contacted at United Agribusiness League, 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

UAL is responsible for reporting information regarding this Plan to the appropriate government agencies and Plan participants, in accordance with the requirements of ERISA.

Section 5, Name and Address of the Benefits Administrator

United Agribusiness League (UnitedAg or UAL) is the Benefits Administrator for United Agricultural Benefit Trust; however, the UABT Board of Trustees retains final appeal authority for appeals of adverse benefit determinations. The Benefits Administrator can be contacted at United Agribusiness League, 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

Section 6, Service of Legal Process

UABT is a legal entity. Legal notice may be filed with, and legal process serviced upon the Plan Administrator, Legal process for United Agricultural Benefit Trust may be served upon United Agribusiness League located at 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

Section 7, Source of Financing of the Plan

UABT is financed by contributions made to the Trust by the participating employers and, if required, contributions from covered individuals. Benefits are paid directly from the Trust Funds.

Section 8, Name and Address of Stop Loss Insurance Carrier

The Board of Trustees has contracted with Great Midwest Insurance Co. referred to as the stop loss carrier, to provide specific and aggregate stop loss insurance to UABT. The stop loss carrier can be contacted at Great Midwest Insurance Co., 800 Gessner, Houston, TX 77024.

Section 9, Name and Address of Health Maintenance Organizations

The Board of Trustees has contracted with various health maintenance organizations for medical services for UABT participants who have elected coverage through independent managed care plans. The HMOs can be contacted as follows:

Vision Service Plan, 3333 Quality Drive, Rancho Cordova, CA 95670.

Section 10, Name and Address of Group Term Life Insurance Carrier

The Board of Trustees has contracted with UNUM, referred to as the group term life insurance carrier, to provide group term life insurance to UABT. The life insurance carrier can be contacted at UNUM, 1 Fountain Square, Chattanooga, TN, 37402.

Section 11, Plan Fiscal Year

The United Agricultural Benefit Trust Fiscal Year End is December 31.

Section 12, Internal Revenue Service Number

The tax identification number assigned to United Agricultural Benefit Trust is 33-0013118.

Section 13, Amendments to Plan

The UABT Board of Trustees has the authority to amend or terminate the plan from time to time as it deems necessary.

Section 14, Plan Number

The United States Department of Labor plan number for United Agricultural Benefit Trust is Plan No. 501

Section 15, Fund Assets

The Plan's assets and reserves may be invested in savings accounts, Certificates of Deposits, other cash equivalents, treasuries, bonds, stocks, and real estate in compliance with Article 4.7 of the California Insurance Code.

Section 16, Certain Rights Under ERISA

As a participant in the UABT you are entitled to certain rights and protections under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA, 29 U.S.C. 1001 et seq.). ERISA specifies that all Plan Participants shall be entitled to:

- a) Examine, without charge, at the Plan Administrator's office copies of the latest annual report (Form 5500 Series) filed by UABT with the U.S. Department of Labor and available at the Public Disclosure Room of the Employee Benefits Security Administration.
- b) Obtain, upon written request to the Plan Administrator, copies of documents governing the operation of the Plan, copies of the latest annual report (Form 5500 Series) and updated summary plan description. The Plan Administrator may set a reasonable charge for the copies.
- c) Receive a summary of the Plan's annual financial report. The Plan Administrator is required by law to furnish each participant with a copy of this Summary Annual Report.
- d) Continue health care coverage for the Employee and eligible Dependents if there is a loss of coverage under UABT as a result of a Qualifying Event. You and/or your eligible dependent(s) may have to pay for such coverage. Review this SPD and the documents governing the Plan on the rules governing the Participant's COBRA Continuation Coverage rights.

In addition to creating rights for Plan Participants, ERISA imposes obligations upon the individuals who are responsible for the operations of the Plan. The individuals who operate the Plan, called "fiduciaries" of the Plan, have a duty to do so prudently and in the interest of the Plan participants and beneficiaries. No one, including your employer or any other person, may fire a participating employee or otherwise discriminate against a participating employee in any way to prevent the employee from obtaining a benefit under the Plan or from exercising his rights under ERISA.

If your claim for a benefit is denied, in whole or in part, you must receive a written explanation of the reason for the denial. You have the right to have the Plan review and reconsider your claim (Refer to Part XV, Section 16). Under ERISA there are steps that you can take to enforce the above rights. For instance, if you request materials from the Plan and do not receive them within thirty (30) days, you may file suit in a federal court. In such a case, the court may require the Plan Administrator to provide the materials and to pay you up to \$110 a day until you receive the materials, unless the materials were not sent because of reasons beyond the control of the Plan Administrator.

If it should happen that the Plan fiduciaries misuse the Plan's money, or if a participant is discriminated against for asserting his rights, he may seek assistance from the U.S. Department of Labor or may file suit in a federal court. The court will decide who should pay court costs and legal fees. If the participant is successful, the court may order the person sued to pay these costs and fees. If the participant loses, the court may order him to pay these cost and fees, for example, if it finds the claim or suit frivolous.

If you have any questions about your Plan, you should contact the Plan Administrator. If you have any questions about this statement or about your rights under ERISA, you should contact the nearest office of the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor listed in your telephone directory; Employee Benefits Security Administration, Los Angeles Regional Office, 1055 East Colorado Blvd., Suite 200, Pasadena, California 91101, (626) 229.1000; or the Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

Section 17, Certain Rights through the California Department of Insurance

If you believe all or part of the claim has been wrongfully denied or rejected in addition to your rights to appeal your benefit denials to UABT, you may have the matter reviewed by the California Department of Insurance, Consumer Services Division, 300 South Spring Street, Los Angeles, CA 90013; (800) 927.4357.

Part XVI, HIPAA and Notice of Privacy Practices

Section 1, Commitment to Protecting Health Information

UABT will comply with the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information (i.e., the “Privacy Rule”) set forth by the U.S. Department of Health and Human Services (“HHS”) pursuant to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”). Such standards control the dissemination of “protected health information” (“PHI”) of Participants. Privacy Standards have been implemented and enforced in the offices of Trustees, Plan Administrator and any other entity that may assist in the operation of the Plan.

UABT believes that all patients over the age of fifteen (15) are entitled to privacy regarding their health care. But Explanation of Benefits will still be sent to the member until the dependent is eighteen (18) years or an emancipated minor unless the patient requests otherwise in writing to UABT. Additionally, patients age twelve (12) and over receiving sensitive services under California Law may request explanation of benefits and communications be sent to the patient confidentially at a location designated by the patient. For more information, please see the California Civil Code Sections 56.107, 56010 and 56.11, California Health & Safety Code Section 121020, 123110(a) and 123115(a) and California Family Code Sections 6924, 6925, 6926, 6927 and 6928.

UABT is required by law to take reasonable steps to ensure the privacy of the you and your dependent(s) PHI, and inform you about:

- 1) The Plan’s disclosures and uses of PHI.
- 2) The Participant’s privacy rights with respect to his or her PHI.
- 3) The Plan’s duties with respect to his or her PHI.
- 4) The Participant’s right to file a complaint with the Plan and with the Secretary of HHS.
- 5) The person or office to contact for further information about the Plan’s privacy practices.

UABT provides each Participant with a separate Notice of Privacy Practices. This Notice describes how the Plan uses and discloses your personal health information. It also describes certain rights you have regarding this information. Additional copies of UABT’s Notice of Privacy Practices are available by calling (800) 223.4590.

Within this provision capitalized terms may be used, but not otherwise defined. These terms shall have the same meaning as those terms set forth in 45 CFR Sections 160.103 and 164.501. Any HIPAA regulation modifications altering a defined HIPAA term or regulatory citation shall be deemed incorporated into this provision.

Section 2, Definitions

- 1) Breach means an unauthorized acquisition, access, use or disclosure of Protected Health Information (“PHI”) or Electronic Protected Health Information (“ePHI”) that violates the HIPAA Privacy Rule and that compromises the security or privacy of the information.
- 2) Protected Health Information (“PHI”) means individually identifiable health information, as defined by HIPAA, that is created or received by UABT and that relates to the past, present, or future physical or mental health or condition of an individual; the provision of health care to an individual; or the past, present, or future payment for the provision of health care to an individual; and that identifies the individual or for which there is a reasonable basis to believe the information can be used to identify the individual. PHI includes information of persons living or deceased.

Section 3, How Health Information May Be Used and Disclosed

In general, the Privacy Rules permit UABT to use and disclose, the minimum necessary amount, an individual’s PHI, without obtaining authorization, only if the use or disclosure is for any of the following:

- 1) To carry out payment of benefits.
- 2) If the use or disclosure falls within one of the limited circumstances described in the rules (e.g., the disclosure is required by law or for public health activities).

Section 4, Primary Uses and Disclosures of PHI

Treatment, Payment and Health Care Operations: UABT has the right to use and disclose a Participant’s PHI for all activities as included within the definitions of Treatment, Payment, and Health Care Operations and pursuant to the HIPAA Privacy Rule.

Business Associates: UABT contracts with individuals and entities (Business Associates) to perform various functions on its behalf. In performance of these functions or to provide services, Business Associates will receive, create, maintain, use, or disclose PHI, but only after the Plan and the Business Associate agree in writing to contract terms requiring the Business Associate to appropriately safeguard the Participant’s information.

Other Covered Entities: The Plan may also disclose or share PHI with other insurance carriers (such as Medicare, etc.) in order to coordinate benefits, if a Participant has coverage through another carrier.

Section 5, Disclosure of PHI to the Plan Sponsor for Plan Administration Purposes

In order that UABT may receive and use PHI for plan administration purposes, UABT and the Plan Administrator agree to:

- 1) Not use or further disclose PHI other than as permitted or required by the Plan documents or as required by law (as defined in the Privacy Standards).
- 2) Ensure that any agents, including a subcontractor, to whom the Plan Administrator provides PHI received from the Plan, agree to the same restrictions and conditions that apply to the Plan Sponsor with respect to such PHI.
- 3) Maintain the confidentiality of all PHI, unless an individual gives specific consent or authorization to disclose such data or unless the data is used for health care payment or Plan operations.
- 4) Receive PHI, in the absence of an individual's express authorization, only to carry out Plan administration functions. Not use or disclose genetic information for underwriting purposes.
- 5) Report to the Plan Administrator any PHI used or disclosure that is inconsistent with the uses or disclosures provided for of which the Plan Sponsor becomes aware.
- 6) Make available PHI in accordance with section 164.524 of the Privacy Standards (45 CFR 164.524).
- 7) Make available PHI for amendment and incorporate any amendments to PHI in accordance with section 164.526 of the Privacy Standards (45 CFR 164.526).
- 8) Make its internal practices, books and records relating to the use and disclosure of PHI received from the Plan available to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services ("HHS"), or any other officer or Employee of HHS to whom the authority involved has been delegated, for purposes of determining compliance by the Plan with part 164, subpart E, of the Privacy Standards (45 CFR 164.500 et seq).
- 9) If feasible, return or destroy all PHI received from the Plan that the Plan Administrator still maintains in any form and retain no copies of such PHI when no longer needed for the purpose for which disclosure was made, except that, if such return or destruction is not feasible, limit further uses and disclosures to those purposes that make the return or destruction of the PHI infeasible.

The Plan may elect not to treat the person as the Participant's personal representative if it has a reasonable belief that the Participant has been, or may be, subjected to domestic violence, abuse, or neglect by such person, it is not in the Participant's best interest to treat the person as his or her personal representative, or treating such person as his or her personal representative could endanger the Participant.

Disclosures to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services: The Plan is required to disclose the Participant's PHI to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services when the Secretary is investigating or determining the Plan's compliance with the HIPAA Privacy Rule.

Section 6, Participant's Rights

The Participant has the following rights regarding PHI about him/her:

- 1) Request Restrictions: The Participant has the right to request additional restrictions on the use or disclosure of PHI for treatment, payment, or health care operations. The Participant may request that the Plan restrict disclosures to family members, relatives, friends or other persons identified by him/her who are involved in his or her care or payment for his or her care. The Plan is not required to agree to these requested restrictions.
- 2) Right to Receive Confidential Communication: The Participant has the right to request that he or she receive communications regarding PHI in a certain manner or at a certain location. The request must be made in writing and how the Participant would like to be contacted. The Plan will accommodate all reasonable requests.
- 3) Right to Receive Notice of Privacy Practices: The Participant is entitled to receive a paper copy of the plan's Notice of Privacy Practices at any time. To obtain a paper copy, contact the Privacy Officer.
- 4) Accounting of Disclosures: The Participant has the right to request an accounting of disclosures the Plan has made of his or her PHI. The request must be made in writing and does not apply to disclosures for treatment, payment, health care operations, and certain other purposes. The Participant is entitled to such an accounting for the six years prior to his or her request. Except as provided below, for each disclosure, the accounting will include:
 - (a) the date of the disclosure, (b) the name of the entity or person who received the PHI and, if known, the address of such entity or person; (c) a description of the PHI disclosed, (d) a statement of the purpose of the disclosure that reasonably informs the Participant of the basis of the disclosure, and certain other information. If the Participant wishes to make a request, please contact the Privacy Officer.

- 5) Access: The Participant has the right to request the opportunity to look at or get copies of PHI maintained by the Plan about him/her in certain records maintained by the Plan. If the Participant requests copies, he or she may be charged a fee to cover the costs of copying, mailing, and other supplies. If a Participant wants to inspect or copy PHI, or to have a copy of his or her PHI transmitted directly to another designated person, he or she should contact the Privacy Officer. A request to transmit PHI directly to another designated person must be in writing, signed by the Participant and the recipient must be clearly identified. The Plan must respond to the Participant's request within 30 days (in some cases, the Plan can request a 30-day extension). In very limited circumstances, the Plan may deny the Participant's request. If the Plan denies the request, the Participant may be entitled to a review of that denial.
- 6) Amendment: The Participant has the right to request that the Plan change or amend his or her PHI. The Plan reserves the right to require this request be in writing. Submit the request to the Privacy Officer. The Plan may deny the Participant's request in certain cases, including if it is not in writing or if he or she does not provide a reason for the request.
- 7) Other uses and disclosures not described in this section can only be made with authorization from the Participant. The Participant may revoke this authorization at any time.

Section 7, Questions or Complaints

If the Participant wants more information about the Plan's privacy practices, has questions, or concerns, or believes that the Plan may have violated his or her privacy rights, please contact the Plan using the following information. The Participant may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services or with the Plan. The Plan will provide the Participant with the address to file his or her complaint with the U.S. Department of Health and Human Services upon request.

The Plan will not retaliate against the Participant for filing a complaint with the Plan or the U.S. Department of Health and Human Services.

Section 8, Contact Information

Privacy Officer Contact Information:

Jayson Welter, J.D., M.A.
General Counsel
UnitedAg
54 Corporate Park
Irvine, CA 92606.5105
Phone: (800) 223.4590
Fax: 1(949) 892.1363
jwelter@unitedag.org

Additional Contact Information for HIPAA Questions:

Alex Chee
Executive Vice President and CFO
UnitedAg
54 Corporate Park
Irvine, CA 92606.5105
Phone: (800) 223.4590
Fax: 1(949) 608.9667
achee@unitedag.org

Part XVII HIPAA Security

Section 1, Disclosure of Electronic Protected Health Information (“Electronic PHI”) to the Plan Sponsor for Plan Administration Functions

STANDARDS FOR SECURITY OF INDIVIDUALLY IDENTIFIABLE HEALTH INFORMATION (“SECURITY RULE”)

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) and other applicable law shall override the following wherever there is a conflict, or a term or terms is/are not hereby defined.

The Security Rule imposes regulations for maintaining the integrity, confidentiality, and availability of protected health information that it creates, receives, maintains, or maintains electronically that is kept in electronic format (ePHI) as required under HIPAA.

Section 2, Definitions

Electronic Protected Health Information (ePHI), as defined in Section 160.103 of the Security Standards (45 C.F.R.160.103), means individually identifiable health information transmitted or maintained in any electronic media.

Security Incidents, as defined within Section 164.304 of the Security Standards (45 C.F.R. 164.304), means the attempted or successful unauthorized access, use, disclosure, modification, or destruction of information or interference with systems operation in an information system.

Section 3, UABT Obligations

To enable UABT to receive and use Electronic PHI for Plan Administration Functions (as defined in 45 CFR §164.504(a)), UABT agrees to:

- 1) Implement administrative, physical, and technical safeguards that reasonably and appropriately protect the confidentiality, integrity and availability of the Electronic PHI that it creates, receives, maintains, or transmits on behalf of the Plan.
- 2) Ensure that any agent, including a subcontractor, to whom UABT provides Electronic PHI created, received, maintained, or transmitted on behalf of the Plan, agrees to implement reasonable and appropriate administrative, physical, and technical safeguards to protect the confidentiality, integrity, and availability of the Electronic PHI and report to the Plan any security incident of which it becomes aware.
- 3) Report to UABT any security incident of which it becomes aware.
- 4) Establish safeguards for information, including security systems for data processing and storage.
- 5) Not use or disclose PHI for employment-related actions and decisions or in connection with any other benefit or Employee benefit plan of the Plan Sponsor, except pursuant to an authorization which meets the requirements of the Privacy Standards.
- 6) Ensure that adequate separation between the Plan and the Plan Sponsor, as required in section 164.504(f)(2)(iii) of the Privacy Standards (45 CFR 164.504(f)(2)(iii)), is established as follows:
 - (a) The following Employees, or classes of Employees, or other persons under control of the Plan Sponsor, shall be given access to the PHI to be disclosed:
 - (i) Privacy Official, Legal Counsel
 - (ii) Privacy Contact, Executive Vice President & CFP
 - (iii) Security Officer, Chana Hauben, Vice President of Human Resources
 - (iv) Claims Department
 - (v) Member Services Department
 - (vi) Client Services Department
 - (vii) Information Technology Department.
 - (b) The access to and use of PHI by the individuals identified above shall be restricted to the plan administration functions that UABT and the Plan Administrator perform.

Section 4, Disclosure of Certain Enrollment Information to the Plan Sponsor

Pursuant to section 164.504(f)(1)(iii) of the Privacy Standards (45 CFR 164.504(f)(1)(iii)), UABT may disclose to participating employer’s information on whether an individual is participating in the Plan or is enrolled in or has un-enrolled for benefits offered by the Plan to the Plan Sponsor.

Section 5, Disclosure of PHI to Obtain Stop-loss or Excess Loss Coverage

The Plan Sponsor may hereby authorize and direct the Plan, through the Plan Administrator or the Third-Party Administrator, to disclose PHI to stop-loss carriers, excess loss carriers or managing general underwriters (“MGUs”) for underwriting and other

purposes in order to obtain and maintain stop-loss or excess loss coverage related to benefit claims under the Plan. Such disclosures shall be made in accordance with the Privacy Standards.

Section 6, Resolution of Noncompliance

In the event that any authorized individual of the Employer's workforce uses or discloses Protected Health Information other than as permitted by the Privacy Standards, the incident shall be reported to the Privacy Officer. The Privacy Officer shall take appropriate action, including:

- 1) Investigation of the incident to determine whether the breach occurred inadvertently, through negligence, or deliberately; whether there is a pattern of breaches; and the degree of harm caused by the breach.
- 2) Applying appropriate sanctions against the persons causing the breach, which, depending upon the nature of the breach, may include oral or written reprimand, additional training, or termination of employment.
- 3) Mitigating any harm caused by the breach, to the extent practicable.
- 4) Documentation of the incident and all actions taken to resolve the issue and mitigate any damages.
- 5) Training Employees in privacy protection requirements and appoint a Privacy Officer responsible for such protections.
- 6) Disclosing the Participant's PHI to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services when the Secretary is investigating or determining the Plan's compliance with the HIPAA Privacy Rule.

Part XVIII, Federal Laws

Section 1, Pregnancy Discrimination Act

Any health benefits provided by the Trust must cover expenses for pregnancy related conditions on the same basis as costs for other medical conditions. Health benefits for expenses arising from abortions is not required except where the life of the mother is endangered. Pregnancy related expenses will be reimbursed exactly as those incurred for other medical conditions, whether payment is on a fixed basis or a percentage of reasonable and customary charge basis.

Section 2, Genetic Information Nondiscrimination Act ("GINA")

"GINA" prohibits group health plans from discriminating on the basis of genetic information.

The term "genetic information" means, with respect to any individual, information about any of the following:

- 1) Such individual's genetic tests.
- 2) The genetic tests of family members of such individual.
- 3) The manifestation of a Disease or disorder in family members of such individual.

The term "genetic information" includes participating in clinical research involving genetic services. Genetic tests would include analysis of human DNA, RNA, chromosomes, proteins, or metabolites that detect genotypes, mutations, or chromosomal changes. Genetic information is a form of Protected Health Information (PHI) as defined by and in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and is subject to applicable Privacy and Security Standards.

Family members as it relates to GINA include dependents, plus all relatives to the fourth degree, without regard to whether they are related by blood, marriage, or adoption. Underwriting as it relates to GINA includes any rules for determining eligibility, computing premiums or contributions, and applying pre-existing condition limitations. Offering reduced premiums or other rewards for providing genetic information would be impermissible underwriting.

GINA will not prohibit a health care Provider who is treating an individual from requesting that the patient undergo genetic testing. The rules permit the Plan to obtain genetic test results and use them to make claims payment determinations when it is necessary to do so to determine whether the treatment provided to the patient was medically advisable and/or necessary.

UABT may request, but not require, genetic testing in certain very limited circumstances involving research, so long as the results are not used for underwriting, and then only with written notice to the individual that participation is voluntary and will not affect eligibility for benefits or contributions. In addition, the Plan will notify and describe its activity to the Health and Human Services secretary of its activities falling within this exception.

UABT may collect genetic information after initial enrollment, it may not do so in connection with any annual renewal process where the collection of information affects subsequent enrollment. The Plan will not adjust or increase group contributions based upon genetic information, request or require genetic testing or collect genetic information either prior to or in connection with enrollment or for underwriting purposes.

Section 3, Family and Medical Leave Act

If a covered Employee ceases active employment due to an Employer approved Family Medical Leave of Absence, coverage availability will continue under the same terms and conditions which would have applied had the Employee continued in active employment. Contributions will remain at the same Employer/Employee levels as were in effect on the date immediately prior to the leave (unless contribution levels change for other Employees in the same classifications).

Section 4, Mental Health Parity Act of 1996 (MHPA) and Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008 (MHPAEA)

"The Mental Health Parity Provisions" shall mean in the case of a group health plan (or health insurance coverage offered in connection with such a plan) that provides both medical and surgical benefits and mental health or Substance Use Disorder benefits, such plan or coverage shall ensure that all of the following requirements are met:

- 1) The financial requirements applicable to such mental health or Substance Use Disorder benefits are no more restrictive than the predominant financial requirements applied to substantially all medical and surgical benefits covered by the Plan (or coverage).
- 2) There are no separate cost sharing requirements that are applicable only with respect to mental health or Substance Use Disorder benefits, if these benefits are covered by the group health plan (or health insurance coverage is offered in connection with such a plan).
- 3) The treatment limitations applicable to such mental health or Substance Use Disorder benefits are no more restrictive than the predominant treatment limitations applied to substantially all medical and surgical benefits covered by the Plan (or coverage).

- 4) There are no separate treatment limitations that are applicable only with respect to mental health or Substance Use Disorder benefits, if these benefits are covered by the group health plan (or health insurance coverage is offered in connection with such a plan).

Section 5, Qualified Medical Child Support Order (QMSCO)

OBRA 1993 requires that an eligible Dependent child of an Employee will include a child who is adopted by the Employee or covered Dependent spouse required to provide coverage due to a Medical Child Support Order which is determined by the Plan Administrator to be a Qualified Medical Child Support Order (QMSCO). A QMSCO will also include a judgment, decree or order issued by a court of competent jurisdiction or through an administrative process established under state law and having the force and effect of law under the state law and which satisfies the QMSCO requirements of ERISA §609(a). (You may obtain a copy of the QMSCO procedures from the Plan Administrator without charge.)

Section 6, The Newborns and Mothers Health Protection Act (NMHPA)

UABT does not restrict benefits for a covered pregnancy hospital stay (for delivery) for a mother and the newborn to less than 48 hours following a vaginal delivery or 96 hours following a Cesarean section. Also, any utilization review requirements for in-patient hospital admission will not apply for this minimum length of stay and early discharge is only permitted if the attending health care provider, in consultation with the mother, decides discharge is appropriate.

Section 7, The Women's Health and Cancer Right's Act (WHCRA)

The Trust benefits includes coverage for the following post-mastectomy services and supplies when provided in a manner determined in consultation between the attending physician and the patient:

- 1) Reconstruction of the breast on which a mastectomy has been performed;
- 2) Surgery and reconstruction of the other breast to produce symmetrical appearance;
- 3) Breast prostheses; and
- 4) Physical complications of all stages of mastectomy, including lymphedemas.

Section 8, Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act (USERRA)

Employees who leave their job to perform service in the uniformed forces of the United States (the "Uniformed Forces") are eligible for continuation of coverage for themselves and Dependents under this Plan for up to 24 months while in the Uniformed Services. Whether or not continued coverage is elected, employees have the right to be reinstated when reemployed, generally without any waiting periods or exclusions except for service-connected illnesses or injuries.

Section 9, Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

When you get emergency care or get treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from surprise billing or balance billing.

- 1) What is "balance billing" (sometimes called "surprise billing")?
When you see a doctor or other health care provider, you may owe certain out-of-pocket costs, such as a copayment, coinsurance, and/or a deductible. You may have other costs or have to pay the entire bill if you see a provider or visit a health care facility that is not in your health plan's network.
- 2) "Out-of-network" describes providers and facilities that have not signed a contract with your health plan. Out-of-network providers may be permitted to bill you for the difference between what your plan agreed to pay and the full amount charged for a service. This is called "**balance billing**." This amount is likely more than in-network costs for the same service and might not count toward your annual out-of-pocket limit.
- 3) "Surprise billing" is an unexpected balance bill. This can happen when you **cannot** control who is involved in your care—like when you have an emergency or when you schedule a visit at an in-network facility but are unexpectedly treated by an out-of-network provider.
- 4) You are protected from balance billing for:
 - a) Emergency services
If you have an emergency medical condition and get emergency services from an out-of-network provider or facility, the most the provider or facility may bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments and coinsurance). You **cannot** be balance billed for these emergency services. This includes services you may get after you're in stable condition, unless you give written consent and give up your protections not to be balance billed for these post-stabilization services.
- 5) Certain services at an in-network hospital or ambulatory surgical center

When you get services from an in-network hospital or ambulatory surgical center, certain providers there may be out-of-network. In these cases, the most those providers may bill you is your plan's in-network cost-sharing amount. This applies to emergency medicine, anesthesia, pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, or intensivist services. These providers **cannot** balance bill you and may **not** ask you to give up your protections not to be balance billed.

If you get other services at these in-network facilities, out-of-network providers **cannot** balance bill you, unless you give written consent and give up your protections.

6) You are never required to give up your protections from balance billing. You also are not required to get care out-of-network. You can choose a provider or facility in your plan's network.

7) When balance billing isn't allowed, you also have the following protections:

- a) You are only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductibles that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay out-of-network providers and facilities directly.
- b) Your health plan generally must:
 - i. Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (prior authorization).
 - ii. Cover emergency services by out-of-network providers.
 - iii. Base what you owe the provider or facility (cost-sharing) on what it would pay an in-network provider or facility and show that amount in your explanation of benefits.
 - iv. Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your deductible and out-of-pocket limit.

8) If you believe you've been wrongly billed, you may contact UABT Member Services Department at (800)223.4590.

9) Visit <https://www.cms.gov/nosurprises> for more information about your rights under federal law.

Part XIX, California Department of Insurance Notice

THIS MULTIPLE EMPLOYER WELFARE ARRANGEMENT IS NOT AN INSURANCE COMPANY AND DOES NOT PARTICIPATE IN ANY OF THE GUARANTEE FUNDS CREATED BY CALIFORNIA LAW. THEREFORE, THESE FUNDS WILL NOT PAY YOUR CLAIMS OR PROTECT YOUR ASSETS IF THIS MULTIPLE EMPLOYER WELFARE ARRANGEMENT BECOMES INSOLVENT AND IS UNABLE TO MAKE PAYMENTS AS PROMISED.

THE HEALTH CARE BENEFITS THAT YOU HAVE PURCHASED OR ARE APPLYING TO PURCHASE ARE BEING ISSUED BY A MULTIPLE EMPLOYER WELFARE ARRANGEMENT THAT IS LICENSED BY THE STATE OF CALIFORNIA.

FOR ADDITIONAL INFORMATION ABOUT THIS MULTIPLE EMPLOYER WELFARE ARRANGEMENT, YOU SHOULD ASK QUESTIONS OF YOUR TRUST ADMINISTRATOR OR YOU MAY CONTACT THE CALIFORNIA DEPARTMENT OF INSURANCE AT (800) 927.4357.



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.

54 Corporate Park, Irvine, CA 92606 | 800.223.4590 | unitedag.org

Rev. 01.01.23

UABT resumen de la descripción del plan...

Índice

<u>Parte</u>	<u>Sección</u>	<u>Título</u>	<u>Página Número</u>
Parte I	Disposiciones sobre los requisitos		8
	1	¿Quién es elegible a los beneficios?	8
	2	Reincorporación de la cobertura	8
	3	Determinación de la condición de empleado a tiempo completo para el Empleador Grande Aplicable (ALE)	8
	4	¿Quiénes son sus dependientes calificados?	8
	5	Límites de edad para hijos dependientes	9
	6	Hijos con impedimentos o totalmente discapacitados	9
	7	Su fecha de entrada en vigor de la cobertura	10
	8	Fecha de entrada en vigor de la cobertura de sus dependientes	10
	9	Prueba de la condición de dependiente	10
	10	Afiliados con inscripción tardía	10
	11	Apertura de inscripción	10
	12	Afiliados con inscripción tardía especial	10
	13	Orden de Manutención Infantil Médica Calificada (QMCSO) y Notificación Nacional de Manutención Médica (NMSM)	11
	14	Rescisión de la cobertura	11
	15	¿Quién es elegible a la cobertura odontológica?	11
Parte II	Terminación de la cobertura		13
	1	Cuándo finaliza su cobertura	13
	2	Cuándo finaliza la cobertura de sus dependientes	13
Parte III	Continuación de la cobertura		14
	1	Continuación después de la finalización del empleo	14
	2	Continuación durante la ausencia por la Ley de Licencia Familiar y Médica Continuación mediante el pago por cuenta propia a través de COBRA y Cal-	14
	3	COBRA	14
	4	Opciones de cobertura alternativa	19
Parte IV	Extensión de los beneficios		20
	1	Extensión de los beneficios del seguro de vida del empleado	20
	2	Beneficios que no pueden extenderse	20
Parte V	Definiciones generales		21
	1	Accidente	21
	2	Actividades de la vida diaria	21

3	ADA	21
4	Determinación adversa de beneficios	21
5	Ley de Atención Asequible (ACA)	21
6	Gastos permitidos	21
7	Beneficiario alternativo	22
8	Centro quirúrgico ambulatorio	22
9	Ensayo clínico aprobado	22
10	Cesión de beneficios	22
11	Año calendario	23
12	Enfermera anestesista certificada y registrada	23
13	Reclamación limpia	23
14	Complicaciones del embarazo	24
15	Continuación del cuidado	24
16	Continuación de la cobertura	24
17	Panel de contratación	24
18	Contratación de proveedores y hospitales	25
19	Coordinación de beneficios (C.O.B.)	25
20	Copago	25
21	Cirugía estética	25
22	Gastos cubiertos	25
23	Cuidados de custodia, rehabilitación o mantenimiento	25
24	Deducible	25
25	Servicios odontológicos	26
26	Servicios de diagnóstico	26
27	Fármacos	26
28	Equipo médico duradero	26
29	Médico	26
30	Beneficios de salud esenciales	26
31	Gasto excluido	26
32	Procedimiento experimental y/o de investigación – medicamento/procedimiento	27
33	Explicación de beneficios (EOB)	28
34	Centro de cuidados prolongados	28
35	Centro	28
36	Información genética	28
37	Servicios de habilitación	28
38	Clínicas de salud y bienestar	28
39	Mercado de Seguros Médicos (“Exchange”)	28
40	HIPAA	28
41	Atención médica domiciliaria	29
42	Hospital	29
43	Hospitalización	29
44	Fecha de ocurrencia	29
45	Fecha de ocurrencia, gasto de embarazo	29
46	Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	29

47	Licencia para ausentarse	29
48	“Separación legal” y/o “separado legalmente”	29
49	Procedimiento diagnóstico principal	29
50	Cargo máximo permitido	30
51	Emergencia médica	30
52	Revisión de la historia médica	31
53	Trastorno mental o nervioso	31
54	Panel de México	31
55	Servicios y suministros necesarios	31
56	Proveedores y hospitales sin contratación	32
57	Enfermera	32
58	Terapia ocupacional	32
59	Tratamiento de obesidad	32
60	Otro plan	32
61	Gasto de bolsillo máximo	33
62	Porcentaje a pagar	33
63	Revisión por colegas	33
64	Por causa	33
65	Por hospitalización	33
66	Por incapacidad	33
67	Asistente médico	33
68	Atención preventiva	34
69	Proveedor	34
70	Servicios psicológicos o psiquiátricos	34
71	Importe del pago admisible (QPA)	34
72	Razonable o razonabilidad	34
73	Hospital de rehabilitación	35
74	Cobertura de tratamiento residencial	35
75	Habitación semiprivada	35
76	Centro de enfermería especializada	35
77	Disposición (circunstancias) especiales	35
78	Subrogación	35
79	Abuso de sustancias/trastorno por uso de sustancias	35
80	Transparencia y facturas médicas inesperadas también conocida como la “Ley sin Sorpresas”	36
81	Telemedicina	36
82	El plan	36
83	Incapacidad total o totalmente incapacitado	37
84	Procedimiento de trasplante	37
85	Terapias de tratamiento	37
86	Atención urgente	37
87	Tarifas usuales y acostumbradas	37

Parte VI Disposiciones generales y limitaciones 38

1	Límites en los gastos cubiertos	38
---	---------------------------------	----

2	Exclusiones generales	38
3	Exclusión de la responsabilidad frente a terceros	40
4	Servicios sin panel incurridos fuera de los EE. UU.	40
5	Derecho a la recuperación	40
6	Servicio de pago	40
7	Derecho a la determinación	40
8	Proveedor no elegible	40
9	Exámenes y autopsias	40
Parte VII	<i>Coordinación de beneficios (C.O.B.)</i>	41
1	Cobertura/seguro de exceso en beneficios	41
2	Limitaciones para vehículos	41
3	Orden de determinación de beneficios	41
4	Derecho para recibir y entregar la información necesaria	42
5	Servicio de pago	42
6	Derecho a la recuperación	42
7	Coordinación de Medicare	42
8	Coordinación dentro del plan	43
9	Contención de costos y gestión del caso	43
Parte VIII	<i>Recuperación, subrogación y reembolso de terceros</i>	44
1	Condición de pago	44
2	Subrogación	44
3	Derecho de reembolso	45
4	El participante es un fideicomisario de los activos del plan	45
5	Exoneración de responsabilidad	46
6	Cobertura/seguro de exceso en beneficios de salud	46
7	Separación de fondos	46
8	Homicidio culposo	47
9	Obligaciones	47
10	Compensación	47
11	Estatus de minoría de edad	47
12	Interpretación del texto	48
13	Divisibilidad	48
Parte IX	<i>Sus beneficios del seguro de vida</i>	49
1	Limitación de los jubilados	49
2	Beneficiario	49
3	Cambio de beneficiario	49
4	Consentimiento del beneficiario	49
5	Métodos opcionales de liquidación	49
6	Beneficios del seguro de vida para dependientes	49
7	Continuación de los beneficios del seguro de vida	49
8	Continuación del seguro de vida de los dependientes	50

Parte X	Red de farmacias incluidas en los beneficios	51
	1 Red de farmacias incluidas en los beneficios	51
	2 Panel de servicios farmacéuticos	51
	3 Pedido de farmacia por correo	51
	4 Medicamentos especializados	51
	5 Apelaciones de denegaciones / determinaciones adversas de beneficios	51
Parte XI	Beneficios del plan médico	52
	1 Gastos médicos no cubiertos	52
	2 Cargos del hospital (internación)	53
	3 Cargos del hospital (ambulatorio) y centros quirúrgicos ambulatorios	53
	4 Hospital de convalecencia, centro de enfermería especializada o centro de cuidados prolongados	53
	5 Servicio profesional de ambulancias	53
	6 Atención médica	54
	7 Cirugía y anestesia	54
	8 Tarifas de técnicos, laboratorios o clínicas para pruebas de diagnóstico	54
	9 Cargos por farmacia	54
	10 Medicamentos del formulario	54
	11 Medicamentos, productos y dispositivos huérfanos	54
	12 Servicios de enfermería	55
	13 Gastos de cobalto, quimioterapia o radioterapia	55
	14 Fisioterapia, logopedia y acupuntura	55
	15 Suministros médicos y terapéuticos duraderos	55
	16 Dispositivos protésicos	56
	17 Servicios psicológicos, trastornos mentales y nerviosos	56
	18 Servicios de atención médica domiciliaria	56
	19 Cuidados paliativos	56
	20 Derechos especiales tras el parto	56
	21 Información genética	56
	22 Servicios de planificación familiar	56
	23 Pruebas genéticas	56
	24 Atención preventiva	57
	25 Costo rutinario del paciente por su participación en un ensayo clínico aprobado	57
	26 Dejar de fumar	58
	27 Trasplantes	58
	28 Aborto electivo	59
	29 Terapia de reemplazo hormonal	59
Parte XII	Beneficios del plan odontológico	60
	1 Deducible	60
	2 Porcentaje a pagar	60
	3 Máximo del plan	60

4	Procedimientos odontológicos alternativos	60
5	Servicios odontológicos preventivos	60
6	Servicios odontológicos básicos	60
7	Servicios odontológicos mayores	61
8	Ortodoncia	61
Parte XIII	Beneficios del plan oftalmológico	63
1	Importe del copago oftalmológico	63
2	Importe máximo del beneficio oftalmológico	63
3	Beneficios del plan oftalmológico	63
Parte XIV	Reclamaciones de beneficios	65
1	Cómo presentar una reclamación por beneficios médicos, de medicamentos con receta, odontológicos u oftalmológicos	65
2	Procedimientos de reclamación	65
3	Pago de las reclamaciones de salud	65
4	Reclamaciones del seguro de vida y muerte accidental / desmembramiento	66
5	Plazos para la presentación de reclamaciones	66
6	Procedimiento por la denegación de reclamaciones médicas, de medicamentos con receta, odontológicos u oftalmológicos	66
7	Determinación adversa de beneficios	66
8	Procedimientos de revisión y apelación por la denegación de medicamentos con receta	66
9	Procedimientos para la revisión y apelación de las reclamaciones denegadas, médicas, de medicamentos con receta, odontológicas u oftalmológicas	67
10	Revisión independiente	68
11	Procedimiento de apelación por la denegación de los beneficios del seguro de vida	68
12	Información y servicio de reclamaciones	68
13	Nombramiento del representante autorizado	68
14	Pago de beneficios	69
15	Recuperación de los pagos	69
Parte XV	Información sobre ERISA y declaración de derechos	71
1	Nombre y tipo de administración del plan	71
2	Patrocinador del plan	71
3	Nombre y dirección del fideicomisario	71
4	Nombre y dirección del administrador del plan	71
5	Nombre y dirección del administrador de los beneficios	71
6	Notificación de procesos legales	71
7	Fuente de financiación del plan	71
8	Nombre y dirección de la compañía de seguros Stop Loss	71
9	Nombre y dirección de las organizaciones para el mantenimiento de la salud	71
10	Nombre y dirección de la compañía del seguro de vida a término de grupo	72
11	Año fiscal del plan	72

12	Número del Servicio de Rentas Internas	72
13	Enmiendas al plan	72
14	Número del plan	72
15	Activos del fondo	72
16	Ciertos derechos en virtud de ERISA	72
17	Ciertos derechos a través del Departamento de Seguros de California	73
Parte XVI HIPAA y notificación de prácticas de privacidad		74
1	Compromiso con la protección de la información de salud	74
2	Definiciones	74
3	Cómo se puede utilizar y revelar la información de salud	74
4	Usos y revelaciones principales de la PHI	74
5	Revelación de la PHI al patrocinador del plan con fines de administración del plan	75
6	Derechos del participante	75
7	Preguntas o quejas	76
8	Información de contacto	76
Parte XVII Seguridad HIPAA		77
1	Revelación de la información de salud protegida electrónica (“PHI electrónica”) al patrocinador del plan para las funciones de administración del plan	77
2	Definiciones	77
3	Obligaciones del UABT	77
4	Revelación de determinada información de inscripción al patrocinador del plan	77
5	Revelación de la PHI para obtener la cobertura de Stop Loss o la cobertura de exceso por pérdida	78
6	Resolución de incumplimientos	78
Parte XVIII Leyes federales		79
1	Ley contra la Discriminación por Embarazo	79
2	Ley de No Discriminación por Información Genética (“GINA”)	79
3	Ley de Licencia Familiar y Médica	79
4	Ley de Paridad en la Salud Mental de 1996 (MHPA) y Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008 (MHPAEA)	79
5	Orden de Manutención Infantil Médica Calificada (QMSCO)	80
6	Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (NMHPA)	80
7	La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados	80
8	(USERRA)	80
9	Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas inesperadas	80
Parte XIX Notificación del Departamento de Seguros de California		82

Resumen de la descripción del plan...

Parte I, Disposiciones sobre los requisitos

Sección 1, ¿Quién es elegible a los beneficios?

Si usted trabaja a tiempo completo como empleado de un empleador participante del fideicomiso United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust (también conocido como United Agricultural Benefit Trust, UnitedAg Benefit Trust o UABT) y ha cumplido con los requisitos acordados entre su empleador y el UABT, es elegible para ser un participante del plan. Usted es un participante y tiene derecho a los beneficios descritos en el plan durante cada mes calendario para el cual su empleador haya hecho el aporte necesario en su nombre.

El empleador, de conformidad con el acuerdo de fideicomiso con el UABT, tiene la responsabilidad de acatar las normas de admisibilidad enumeradas en el resumen de la descripción del plan, así como también cualquier norma delegada del empleador documentada en el Manual o en las Políticas del empleador que pueda afectar la admisibilidad del participante en el plan. El Manual o las Políticas del empleador deben ser aprobadas por el UABT durante el proceso de evaluación de riesgo. El empleador tiene la responsabilidad de mantener registros precisos y metodologías para evaluar y ofrecer cobertura de conformidad con cualquier ley federal o mandato aplicable y al hacerlo es el único responsable de las multas o penalidades por su incumplimiento a tales leyes.

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

Sección 2, Reincorporación de la cobertura

Si fue puesto en cesantía o despedido por su empleador y es recontratado por su empleador (o por una filial o subsidiaria) dentro del plazo de trece (13) semanas a partir de la fecha de la terminación de su empleo, su cobertura se restablecerá el primer día del mes siguiente a la recontratación, siempre que se cumplan todos los demás criterios de admisibilidad. Su empleador puede reincorporar su cobertura después de un periodo de tiempo más largo con base en el Manual o Política de su empleador si eso fue aprobado durante el proceso de evaluación de riesgo.

Los empleados que regresan al trabajo después de una licencia aprobada o que continuaron la cobertura de conformidad con COBRA no tendrán la obligación de cumplir con el periodo de espera.

La cobertura de aquellos empleados o dependientes cubiertos que regresan al trabajo después del servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos también será reincorporada inmediatamente a su regreso al empleo siempre y cuando cumplan con ciertos requisitos previstos en la Ley de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés) de 1994. Los empleados deben consultar a su empleador para constatar si su admisibilidad de conformidad con la USERRA es aplicable a ellos y/o a sus dependientes.

Sección 3, Determinación de la condición de empleado a tiempo completo para los Empleadores Grandes Aplicables (ALE, por sus siglas en inglés)

Un Empleador Grande Aplicable es un empleador que tiene en promedio al menos 100 empleados a tiempo completo o "equivalentes a tiempo completo" o "FTE". A efectos de la Ley de Atención 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 los empleados (incluyendo quienes están en una licencia remunerada).

Los empleadores pueden determinar las horas de servicio de los empleados por hora y no por hora, utilizando el método de medición mensual o el método retroactivo para las diferentes clasificaciones de empleados.

Sección 4, ¿Quiénes son sus dependientes calificados?

Dependiente calificado es su cónyuge actual y legal (demostrado con una licencia de matrimonio válida y que el matrimonio no haya sido anulado o invalidado de ninguna manera); su pareja de hecho (demostrado por una "declaración jurada de pareja de hecho" del UABT notariada -disponible a través del Departamento de Atención al Socio del UABT y archivada por su empleador y el UABT). Los dependientes calificados también incluyen a los hijos naturales y adoptados, incluyendo los hijastros, y los niños colocados bajo su tutela legal.

El cónyuge, la pareja de hecho y/o el hijo dependiente que actualmente está cubierto por el UABT como empleado puede tener derecho como cónyuge, pareja de hecho o hijo dependiente bajo el mismo u otro empleador del UABT como un participante cubierto del plan si cumple con todos los otros requisitos de admisibilidad.

Un niño que esté sujeto a una Orden de Manutención Infantil Médica Calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés) o a una Notificación Nacional de Manutención Médica (NMSN, por sus siglas en inglés) que disponga la manutención infantil de un hijo

de un participante bajo un plan de salud de grupo o que disponga la cobertura de beneficios de salud para dicho hijo emitida de acuerdo con la ley de relaciones domésticas estatal o federal emitida por un tribunal competente por la jurisdicción, será considerado admisible si la orden no requiere que el UABT ofrezca algún tipo o forma de beneficio que no se proporciona de otra manera bajo el plan.

Usted y su cónyuge deben cumplir los siguientes requisitos:

- (a) Usted y su cónyuge no pueden estar legalmente separados ni 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) al cónyuge.
- (b) Usted y su cónyuge han convivido en la misma residencia durante la mayor parte de un año calendario. Cuando usted o su cónyuge viajan o residen en otro lugar como parte de su empleo, para cuidar a un familiar (por ejemplo, debido a una enfermedad o lesión), y/o residen 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 lo tanto residen juntos durante menos de la mayor parte del año calendario), pero su residencia principal es también la residencia principal de su cónyuge a todos los efectos legales, reglamentarios y estatutarios, esto constituye convivencia según lo requerido por esta disposición.
- (c) El empleador puede elegir limitar la cobertura de su cónyuge si este tiene acceso a una cobertura de salud de grupo disponible a través de su propio empleador.

El administrador del plan tiene autoridad discrecional para interpretar estos términos y determinar la condición de cónyuge, tal como se define en este documento, en la medida en que la ley lo permita.

Para calificar y tener derecho como pareja de hecho:

- (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 y para sí misma del bienestar y de las obligaciones financieras de ambos;
- (c) Usted y su pareja de hecho deben haber residido en la misma residencia durante al menos seis (6) meses antes de la fecha de la "declaración de pareja de hecho para atención de salud" notariada;
- (d) Usted y su pareja de hecho deben tener una relación de compromiso exclusivo de cuidado mutuo que haya existido durante al menos seis (6) meses inmediatamente anteriores a la "declaración de pareja de hecho para atención de salud" notariada y ambos tienen la intención de continuar dicha relación indefinidamente;
- (e) Ni usted ni su pareja de hecho tienen una relación similar con nadie más que con el otro;
- (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; y,
- (h) Usted y su pareja de hecho no pueden tener un parentesco de consanguinidad que prohíba el matrimonio en el estado en el que residen.

Un nieto, hermano, hermana, sobrina o sobrino menor de edad puede ser considerado como niño en cuidado de acogida si usted ha sido nombrado tutor legal por un tribunal competente por la jurisdicción y presentó una copia de los documentos de tutela al UABT. Sus padres, abuelos u otros miembros adultos de la familia no son considerados como dependientes bajo 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 calendario en el que usted o su empleador hayan realizado los aportes necesarios.

Sección 5, Límites de edad para hijos dependientes

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

Sección 6, Hijos con impedimentos o totalmente discapacitados

Un hijo dependiente calificado que tenga 26 años o más y que no sea capaz de mantenerse a sí mismo debido a un impedimento o una discapacidad mental o física, recibirá la cobertura del UABT si: (a) el dependiente ha estado cubierto continuamente por el UABT u otra compañía aseguradora; (b) se presenta al empleador y al UABT una prueba de discapacidad total preparada por el médico tratante con licencia médica reconocida por el estado en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha en que el hijo habría perdido normalmente la cobertura o en el momento de la inscripción; (c) se presenta anualmente una prueba de la continuación de la discapacidad; (d) el hijo sigue dependiendo totalmente de usted para su manutención; y (e) usted sigue teniendo derecho en virtud del fideicomiso.

Sección 7, Su fecha de entrada en vigor de la cobertura

Usted tiene derecho a la cobertura amparada por el plan el primer día del mes calendario siguiente a cualquier periodo de espera establecido por su empleador y acordado por el UABT.

Sección 8, Fecha de entrada en vigor de la cobertura de su dependiente

La cobertura de su dependiente entrará en vigor automáticamente en la fecha en que su cobertura entre en vigor, si: (a) el dependiente cumple los requisitos previstos en el plan, (b) el dependiente figuraba en su tarjeta de inscripción, y (c) se han pagado los aportes requeridos para el dependiente.

Los nuevos dependientes adquiridos después de su propia fecha de entrada en vigor pasan a tener derecho en la fecha del matrimonio, la certificación de una pareja de hecho, el nacimiento, la adopción, la colocación para la adopción, la colocación para el cuidado de acogida, la tutela legal, la Orden de Manutención Infantil Médica Calificada o la Notificación Nacional de Manutención Médica, si usted completa y presenta un nuevo formulario de inscripción o un formulario de cambio de inscripción dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha en que la persona se convirtió en su dependiente, y se paga cualquier aporte adicional requerido al UABT.

Sección 9, Prueba de la condición de dependiente

El UABT se reserva el derecho de solicitar información adicional, incluyendo, entre otros, copias de certificados de nacimiento, órdenes del tribunal, 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 reclamación de beneficios en virtud del plan hasta que se haya respondido a dicha solicitud. La falta de respuesta a las solicitudes de documentos en un plazo de 60 días puede dar lugar a la terminación de la cobertura del dependiente.

Sección 10, Afiliados con inscripción tardía

Un afiliado con inscripción tardía es un empleado o dependiente calificado que rechazó la cobertura médica a través del UABT en el momento en que calificó inicialmente para la inscripción o dentro del periodo de treinta y un (31) días después de un evento calificado y que posteriormente solicita la inscripción en el UABT.

El UABT puede excluir de la cobertura a los afiliados con inscripción tardía durante un máximo de doce (12) meses a partir de la fecha en que el afiliado con inscripción tardía solicite la cobertura y presente un formulario de inscripción o durante la apertura de inscripción de su empleador, lo que ocurra primero. No se requiere ningún aporte del afiliado con inscripción tardía hasta el inicio de la cobertura.

Sección 11, Apertura de inscripción

Antes del inicio de la fecha de aniversario de su empleador con el UABT, su plan de beneficios tiene un periodo de apertura de inscripción. Los participantes calificados que no están cubiertos por este plan pueden inscribirse para obtener cobertura durante los periodos de apertura de inscripción. Si ya está inscrito, tendrá la oportunidad de cambiar su cobertura con vigor a partir del primer día del próximo año del plan. Si no hace una elección durante el periodo de apertura de inscripción, mantendrá automáticamente su cobertura actual. La cobertura de los participantes que se inscriban durante un periodo de apertura de inscripción entrará en vigor el primer día del mes del aniversario de los beneficios de su empleador, siempre que se cumplan todos los demás requisitos de calificación.

Los términos del periodo de apertura de inscripción, incluyendo la duración del periodo de elección, serán determinados por su empleador y el UABT y comunicados antes del inicio de un periodo de apertura de inscripción.

Sección 12, Afiliados con inscripciones tardías especiales

Un afiliado con inscripción tardía especial es un empleado o dependiente calificado 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 con inscripción tardía especial debe haber completado un formulario de renuncia a la cobertura del UABT durante el periodo de inscripción inicial.

El UABT ofrece una "inscripción especial", cuando puede inscribirse en el plan, incluso si rechazó la inscripción durante el periodo de inscripción inicial o el periodo de apertura de inscripción de su empleador.

Los derechos de inscripción especial no estarán disponibles para usted o su dependiente si se produce cualquiera de las siguientes circunstancias:

- (a) La otra cobertura está/estaba disponible a través de la continuación de la cobertura COBRA y usted o su dependiente no agotaron el tiempo máximo disponible para dicha cobertura por COBRA.
- (b) Usted o su dependiente perdieron la otra cobertura por no haber pagado las primas o los aportes individuales requeridos o por una causa justificada (como la presentación de una reclamación fraudulenta o una declaración falsa intencional de un hecho material en relación con la otra cobertura).

Usted o uno o más de sus dependientes calificados han cumplido las condiciones requeridas e indicadas en esta disposición, la calificación para el UABT será el primero del mes siguiente a la pérdida de la otra cobertura, y la solicitud se hace oportunamente dentro de los treinta (31) (*sic*) días siguientes a la pérdida de la cobertura.

Usted o uno o más de sus dependientes calificados, pero que no estén inscritos en este plan, pueden tener derecho a inscribirse durante un periodo de inscripción especial si adquieren un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, una pareja de hecho, una tutela legal, el nacimiento o la adopción. Para tener derecho a esta inscripción especial, el empleado deberá solicitarla por escrito o electrónicamente, según corresponda, a más tardar treinta (31) (*sic*) días después de adquirir al nuevo dependiente.

Las siguientes condiciones para la inscripción especial se aplican a cualquier empleado y dependientes calificados:

Usted o su dependiente calificado, pero que no está inscrito en este plan, puede inscribirse durante un periodo de inscripción especial si se cumple una de las siguientes condiciones:

- (a) El empleado calificado es un empleado cubierto bajo los términos de este plan, pero eligió no inscribirse durante un periodo de inscripción anterior.
- (b) Una persona se ha convertido en dependiente del empleado calificado a través del matrimonio, la pareja de hecho, la tutela legal, el niño fue colocado con el empleado en cuidado de acogida, el nacimiento, la adopción o la colocación para la adopción.
- (c) La cobertura de Medicaid o del Plan Estatal de Seguro de Salud Infantil (es decir, CHIP, por sus siglas en inglés) suyo o de su dependiente ha finalizado como consecuencia de la pérdida del derecho y usted solicita la cobertura del plan en los 60 días siguientes a la finalización.
- (d) Usted o su dependiente reúnen los requisitos para recibir un subsidio de asistencia para el pago del aporte o de la prima en el marco de Medicaid o de un Plan Estatal de Seguro de Salud Infantil (es decir, CHIP), y usted solicita la cobertura del plan dentro de los 60 días siguientes a la determinación del derecho.

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 de Manutención Infantil Médica Calificada (QMCSO) y Notificaciones Nacionales de Manutención Médica (NMSN)

El UABT reconoce las Órdenes de Manutención Infantil Médica Calificada y las Notificaciones Nacionales de Manutención Médica. Un niño que sea objeto de una orden de este tipo se considera un "beneficiario alternativo" y es tratado como un beneficiario dependiente amparado por el plan.

Para que una orden de manutención infantil médica sea considerada una GMCSO o NMSN debe crear o reconocer la existencia del derecho de un beneficiario alternativo a recibir los beneficios a los que el participante tiene derecho en virtud del UABT; identificar claramente al participante y al beneficiario alternativo; proporcionar una descripción razonable del tipo de cobertura que debe proporcionarse; 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 infantil médica amparados por el UABT por una QMCSO y/o NMSN pueden hacerse al beneficiario alternativo o al padre con la custodia del beneficiario alternativo.

Sección 14, Rescisión de la cobertura

De acuerdo con la Ley de Atención Asequible, la rescisión de sus beneficios de salud no está permitida a menos que usted haya cometido un fraude o una declaración falsa intencional de hechos materiales en su solicitud de inscripción.

Sección 15, ¿Quién es elegible a la cobertura odontológica?

El pago de los gastos cubiertos enumerados puede estar limitado por las tarifas usuales, acostumbradas y razonables, la tarifa negociada, el deducible, el porcentaje a pagar y/o los beneficios máximos que se indican en el cuadro de beneficios de gastos odontológicos. Consulte el cuadro 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, Terminación 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 calendario para el que su empleador haya hecho los aportes necesarios en su nombre;
- (b) el último día del mes calendario durante el cual usted califica como un empleado según los términos del plan;
- (c) la fecha de cancelación del 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 falsificó una reclamación o los documentos requeridos (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 el 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.

Mientras usted siga cumpliendo los requisitos, la cobertura de 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) para un hijo, el último día del mes calendario en el que el hijo deja de cumplir con los requisitos por su edad;
- (c) para un cónyuge o un hijo, la fecha en la que el dependiente entra en “servicio activo” de cualquiera de las ramas de las fuerzas armadas;
- (d) para cualquier dependiente, el último día del mes en el que el plan reciba el aporte por el dependiente; o,
- (e) para un cónyuge o un hijo, la fecha de cancelación de la cobertura del dependiente según el 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 el pago por cuenta propia a través de COBRA y Cal-COBRA”. Sus dependientes también pueden obtener beneficios a través del Mercado de Seguros Médicos (Exchange – en www.HealthCare.gov).

Parte III, Continuación de la cobertura

Sección 1, Continuación después de la finalización del empleo

Su empleador no puede hacer aportes por usted después de que su empleo activo a tiempo completo haya finalizado, a menos que su empleador tenga vigente una política de empleo o un acuerdo de indemnización por despido, establecidos por escrito y documentados (archivados y aprobados por escrito por el UABT) que contemple la continuación de los beneficios en caso de incapacidad ocupacional o no ocupacional durante un periodo de tiempo determinado y limitado (que no debe superar los 6 meses).

Si su empleador aceptó extender sus beneficios en caso de incapacidad ocupacional o no ocupacional, se le ofrecerá la oportunidad de elegir los beneficios a través de COBRA al expirar esta continuación de los beneficios.

Las normas y reglamentos del fideicomiso no permiten que un empleador continúe realizando aportes para un jubilado, o cualquier otro empleado una vez que la fecha de su empleo activo finaliza, a menos que esté vigente un acuerdo aprobado de indemnización por despido.

Si el empleador tiene una política establecida que se aplica a todos los empleados en su clasificación laboral que ha sido aprobada por el fideicomiso, se podrá permitir la continuación de los aportes durante los periodos restringidos de cesantía temporal, de licencia para ausentarse aprobada y/o de incapacidad total por lesión o enfermedad, sin exceder los ciento ochenta (180) días.

Sección 2, Continuación durante la ausencia por la Ley de Licencia Familiar y Médica

El UABT cumple con la FMLA si es aplicable a su empleador. El UABT proporcionará estos beneficios solamente en la medida requerida por la ley aplicable o según lo documentado en el Manual o Políticas de su empleador y aprobado durante el proceso de evaluación de riesgo. Si usted tiene derecho a la Licencia FMLA, la cobertura se mantendrá de acuerdo con las mismas condiciones del plan que se habrían aplicado a la cobertura si usted hubiera sido un empleado activo continuamente durante todo el periodo de licencia.

Cuando un empleador, que califica para la Ley de Licencia Familiar y Médica, notifica al fideicomiso su derecho a una licencia familiar o médica, se permiten los aportes del empleador por toda la duración de la licencia familiar o médica bajo la condición de la cobertura que se habría proporcionado si usted hubiera seguido trabajando.

Sección 3, Continuación mediante el pago por cuenta propia a través de COBRA y Cal-COBRA

Su derecho y el de sus dependientes participantes en el UABT a esta forma de continuación de la cobertura fue creado por la ley federal, en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985, y sus enmiendas ("COBRA", por sus siglas en inglés). Usted y sus dependientes tendrán derecho a la continuación de la cobertura COBRA cuando pierdan su cobertura de salud de grupo a través de su empleador. Sus dependientes que están cubiertos por el plan cuando, de otro modo, perderían su cobertura de salud de grupo. De acuerdo con el plan, usted y sus dependientes calificados (llamados beneficiarios calificados) que elijan la continuación de la cobertura COBRA deben pagar el costo total de la cobertura, incluyendo una tarifa administrativa razonable.

Existen varias formas para la finalización de la cobertura, entre otras, que usted o su dependiente no paguen a tiempo los aportes (o las primas). Si desea más información, debe ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Socio del UABT llamando al 800.223.4590.

Puede tener otras opciones disponibles cuando pierde la cobertura de salud de grupo. Por ejemplo, usted y sus dependientes calificados pueden tener derecho a comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado de Seguros, usted y sus dependientes pueden tener derecho a primas más bajas. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov. Además, usted o sus dependientes pueden tener derecho a un periodo de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud de grupo para el que usted y sus otros dependientes tengan derecho (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

(a) Continuación de la cobertura COBRA

La "continuación de la cobertura COBRA" es una continuación de la cobertura del plan cuando la cobertura terminaría de otro modo debido a un evento de vida conocido como "evento calificado". COBRA (y la descripción de la continuación de la cobertura COBRA contenida en este plan) no se aplica a los siguientes beneficios (si están disponibles como parte del plan del empleador): beneficios de seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento

(b) Eventos calificados

Un evento calificado es cualquiera de las situaciones que se enumeran a continuación. Después de un evento calificado, la continuación de la cobertura COBRA se ofrecerá a usted y a sus dependientes que sean “beneficiarios calificados”. Un beneficiario calificado es alguien que está o estuvo cubierto por el UABT y que perdió o perderá la cobertura bajo el plan debido a la ocurrencia de un evento calificado.

Un empleado, que está inscrito en el UABT y es un empleado cubierto, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el plan porque ocurre uno de los siguientes eventos calificados:

- 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 calificado si pierde la cobertura bajo el UABT porque ocurre uno de los siguientes eventos calificados:

- 1) El empleado fallece.
- 2) Se reducen las horas de trabajo del empleado.
- 3) El empleo del empleado termina por cualquier razón que no sea su falta grave.
- 4) El empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte 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 bajo el plan porque ocurre uno de los siguientes eventos calificados:

- 1) El empleado, padre con la cobertura, fallece.
- 2) Se reducen las horas de trabajo del empleado, padre con la cobertura.
- 3) El empleo del empleado, padre con la cobertura, termina por cualquier razón que no sea su falta grave.
- 4) El empleado, padre con la cobertura, pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- 5) Los padres se divorcian o se separan legalmente.
- 6) El hijo deja de tener derecho a la cobertura del plan como hijo dependiente.

(c) Notificación del empleador sobre los eventos calificados

Cuando el evento calificado es la terminación del empleo (por razones que no sean una falta grave), la reducción de horas de trabajo, la muerte del empleado cubierto, o que el empleado cubierto pase a tener derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B, o ambas), el empleador debe notificar al administrador de COBRA del UABT sobre el evento calificado.

(d) Notificación del empleado sobre los eventos calificados

En ciertas circunstancias, usted o sus dependientes calificados, con el fin de proteger sus derechos bajo COBRA, están obligados a entregar una notificación al administrador de COBRA por escrito, ya sea por correo de primera clase de EE. UU. o entrega personal.

Estas circunstancias son cualquiera de las siguientes:

- 1) Notificación de divorcio o separación: Notificación de la ocurrencia de un evento calificado que es el divorcio o la separación legal de un empleado (o ex empleado) cubierto de su cónyuge.
- 2) Notificación de la pérdida de la condición de dependiente del hijo: Notificación de la ocurrencia de un evento calificado que es el cese del derecho de una persona como hijo dependiente bajo los términos del plan.
- 3) Notificación de un segundo evento calificado: Notificación de la ocurrencia de un segundo evento calificado después de que un beneficiario calificado haya adquirido el derecho a la continuación de la cobertura COBRA con una duración máxima de 18 (o 29) meses.
- 4) Notificación relativa a la incapacidad: Notificación de que la Administración del Seguro Social (“SSA”, por sus siglas en inglés) determinó que un beneficiario calificado con derecho a recibir la continuación de la cobertura COBRA con una duración máxima de 18 meses está incapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días de la continuación de la cobertura COBRA.
- 5) Notificación sobre la finalización de la incapacidad: Notificación de que la SSA determinó posteriormente que un beneficiario calificado, con respecto al cual se proporcionó la notificación descrita anteriormente en el #4, ya no está incapacitado.

La notificación de un evento calificado debe hacerse por escrito al UABT. Usted o sus dependientes también pueden llamar al Servicio de Atención al Socio del UABT al 800.223.4590

La notificación debe incluir una descripción adecuada del evento calificado o de la determinación de la incapacidad.

(e) Fecha límite para realizar la notificación

En el caso de los eventos calificados descritos anteriormente, la notificación debe entregarse en un plazo de 60 días a partir del último evento que se produzca y que se indica a continuación:

- 1) La fecha en la que se produce el evento calificado.
- 2) La fecha en la que el beneficiario calificado pierde (o perdería) la cobertura del plan debido a un evento calificado.
- 3) La fecha en la que el beneficiario calificado es notificado a través del SPD del plan o de la notificación general, y/o se da cuenta de su condición de beneficiario calificado y/o de la ocurrencia de un evento calificado; así como la responsabilidad subsiguiente de usted o de su dependiente de cumplir con el o los procedimientos del plan para entregar la notificación al administrador de COBRA con respecto a dicha condición.

Como se ha descrito anteriormente, si se determina que usted o alguno de sus dependientes calificados está incapacitado según la Ley del Seguro Social, la notificación debe entregarse como máximo 60 días después de la última de las siguientes fechas:

- 1) La fecha de la determinación de la incapacidad por parte de la SSA.
- 2) La fecha en la que se produce un evento calificado.
- 3) La fecha en la que el beneficiario calificado pierde (o perdería) la cobertura del plan como resultado del evento calificado.
- 4) La fecha en la que usted o su beneficiario calificado son informados, a través de la entrega por el SPD del plan o de la notificación general, de la responsabilidad de ambos de entregar la notificación. En cualquier caso, esta notificación debe entregarse dentro de los primeros 18 meses de la continuación de la cobertura COBRA.

En el caso de un cambio en el estado de incapacidad descrito anteriormente, la notificación debe entregarse antes de la fecha que sea 30 días después de la última fecha entre:

- 1) La fecha de la determinación final por parte de la SSA de que el beneficiario calificado ya no está incapacitado.
- 2) La fecha en la que el beneficiario calificado es informado, a través de la entrega del SPD del plan o de la notificación general, tanto de la responsabilidad de entregar la notificación como de los procedimientos del plan para entregar dicha notificación al administrador de COBRA.

La notificación debe tener el sello postal (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 personalmente), antes de la fecha límite establecida anteriormente. Si la notificación se entrega tarde, se pierde la oportunidad de elegir o extender la continuación de la cobertura COBRA, y su cobertura bajo el plan terminará en la última fecha para la cual usted o sus dependientes tenían derecho bajo los términos del UABT, o si la persona está extendiendo la continuación de la cobertura COBRA, dicha cobertura terminará en el último día del periodo inicial de cobertura COBRA de 18 meses.

(f) ¿Quién puede entregar la notificación?

Usted o sus dependientes con respecto a un evento calificado, o cualquier representante que actúe en su nombre y en el de sus dependientes calificados, puede entregar la notificación. La notificación por parte de una persona satisfará la responsabilidad de entregar la notificación en nombre de todos los beneficiarios calificados relacionados con el evento calificado.

(g) Contenido obligatorio de la notificación

Tras recibir la notificación de un evento calificado, el UABT debe proporcionar a uno o más beneficiarios calificados una notificación de elección que describa sus derechos o los de su dependiente calificado a la continuación de la cobertura COBRA y cómo realizar dicha elección. La notificación debe contener la siguiente información:

- 1) Nombre y dirección del empleado o expleado cubierto.
- 2) Nombre del plan y nombre, dirección y número de teléfono del administrador de COBRA del plan.
- 3) Identificación del evento calificado y su fecha (el evento calificado inicial y su fecha si usted o sus dependientes ya están recibiendo la continuación de la cobertura COBRA y desean ampliar el periodo máximo de cobertura).
- 4) Una descripción del evento calificado (por ejemplo, divorcio, separación legal, cese de la condición de dependiente, derecho a Medicare por parte del empleado o expleado cubierto, fallecimiento del empleado o expleado cubierto, incapacidad de un beneficiario calificado o pérdida de la condición de incapacidad).
 - (a) En el caso de un evento calificado que sea un divorcio o una separación legal, nombre(s) y dirección(es) del cónyuge y del hijo o hijos dependientes cubiertos por el plan, fecha del divorcio o de la separación legal y una copia de la sentencia de divorcio o de separación legal.
 - (b) En el caso de un evento calificado que sea el derecho a Medicare del empleado o expleado cubierto, la fecha del derecho, y nombre(s) y dirección(es) del cónyuge y del hijo o hijos dependientes cubiertos por el plan.
 - (c) En el caso de un evento calificado que sea el cese de la condición de dependencia de un hijo dependiente bajo el plan, nombre y dirección del hijo, la razón para el cese de la calificación del hijo como dependiente (por ejemplo, alcanzó la edad límite).

- (d) En el caso de un evento calificado que sea el fallecimiento del empleado o ex empleado cubierto, la fecha de fallecimiento, y nombre(s) y dirección(es) del cónyuge y del hijo o hijos dependientes cubiertos por el plan.
 - (e) En el caso de un evento calificado 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 por el plan, la fecha de inicio de la incapacidad, la fecha de la determinación de la SSA y una copia de la determinación de la SSA.
 - (f) En el caso de un evento calificado que sea la pérdida de la condición de incapacitado, nombre y dirección del beneficiario calificado que ya no está incapacitado, nombre(s) y dirección(es) de otros miembros de la familia cubiertos por el plan, la fecha en que terminó la incapacidad y la fecha de la determinación de la SSA.
- 5) Identificación de los beneficiarios calificados (por nombre o por condición).
 - 6) Una explicación del derecho de los beneficiarios calificados a elegir la continuación de la cobertura.
 - 7) La fecha en la que la cobertura finalizará (o finalizó) si no se elige la continuación de la cobertura.
 - 8) Cómo elegir la continuación de la cobertura.
 - 9) Qué ocurrirá si no se elige la continuación de la cobertura o se renuncia a ella.
 - 10) Cuál continuación de la cobertura está disponible, durante cuánto tiempo y (si es por menos de 36 meses), cómo puede extenderse por incapacidad o por un segundo evento calificado.
 - 11) Cómo puede terminar anticipadamente la continuación de la cobertura.
 - 12) Requisitos de pago de las primas, incluyendo las fechas de vencimiento y los 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 la notificación de elección no describe por completo COBRA o el plan y que hay más información disponible con el administrador del plan y en el SPD.
 - 15) Una certificación de que la información es verdadera y correcta, una firma y la fecha.

Si no se puede entregar una copia de la sentencia de divorcio o separación legal o la determinación de la SSA antes de la fecha límite para entregar la notificación, complete y entregue la notificación, según las instrucciones, antes de la fecha límite y presente la copia de la sentencia de divorcio o separación legal o la determinación de la SSA dentro de los 30 días posteriores a la fecha límite. La notificación será oportuna si se hace de esta manera. Sin embargo, no dispondrá de la continuación de la cobertura COBRA, ni de la extensión de dicha cobertura, hasta que entregue la copia de la sentencia de divorcio o separación legal o la determinación de la SSA.

Si la notificación no contiene toda la información requerida, el administrador de COBRA puede solicitar información adicional. Si usted o su(s) beneficiario(s) calificado(s) no proporcionan dicha información dentro del periodo de tiempo especificado por el administrador de COBRA en la solicitud, el administrador de COBRA puede rechazar la notificación si no contiene suficiente información para que el administrador de COBRA identifique el plan, a usted y a sus beneficiarios calificados, a los beneficiarios calificados, el evento calificado o la incapacidad, y la fecha en que ocurrió el evento calificado, si lo hubiera.

(h) Elección de la continuación de la cobertura COBRA

El UABT proporcionará instrucciones completas sobre cómo elegir la continuación de la cobertura COBRA en un plazo de 14 días a partir de la recepción de la notificación del evento calificado. Usted y/o su(s) beneficiario(s) calificado(s) tienen entonces 60 días para elegir la continuación de la cobertura COBRA. El periodo de 60 días se mide a partir de la fecha de finalización de la cobertura o de la fecha de la notificación que contiene las instrucciones, la que sea posterior. Si no se elige la continuación de la cobertura COBRA en ese periodo de 60 días, se extingue el derecho a elegirla.

Usted y su(s) beneficiario(s) calificado(s) tendrán un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de todos los demás beneficiarios calificados, incluyendo su cónyuge, y usted o los padres o un tutor legal pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

En el caso de que el UABT determine que la persona no tiene derecho a la continuación de la cobertura COBRA, el administrador de COBRA entregará a la persona una explicación de por qué no tiene derecho a la continuación de la cobertura COBRA.

(i) Renuncia antes de la finalización del periodo de elección

Si durante el periodo de elección, usted o su(s) beneficiario(s) calificado(s) renuncian a la continuación de la cobertura COBRA, la renuncia puede ser revocada en cualquier momento antes de que finalice el periodo de elección. La revocación de la renuncia constituye la 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 la revocación de la renuncia). Las renunciaciones y revocaciones de renunciaciones se consideran realizadas en la fecha en que se envían al UABT.

(j) Duración de la continuación de la cobertura COBRA

El periodo máximo de tiempo que se muestra a continuación dictará durante cuánto tiempo estará disponible la continuación de la cobertura COBRA. El periodo máximo de cobertura se basa en el tipo de evento calificado y en la condición del beneficiario calificado. Los eventos calificados múltiples que pueden ser combinados bajo COBRA normalmente no continuarán la cobertura por más de 36 meses después de la fecha del evento calificado original. Cuando el evento calificado es el "derecho a Medicare", el periodo de continuación de 36 meses se mide a partir de la fecha del evento calificado original. Para todos los demás eventos calificados, el periodo de continuación se mide a partir de la fecha del evento calificado, no desde la fecha de pérdida de la cobertura.

En caso de un evento calificado por bancarrota, 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 el dependiente cubierto 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 calificado es el fallecimiento del empleado (o ex empleado) cubierto, el hecho de que el empleado (o ex 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 una separación legal, o la pérdida de la condición como hijo dependiente, la continuación de la cobertura COBRA dura hasta un total de 36 meses.

Cuando el evento calificado es la finalización del empleo o la reducción de sus horas de trabajo, y usted adquiere el derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificado, la continuación de la cobertura COBRA para los beneficiarios calificados que no sean el empleado cubierto dura hasta 36 meses después de la fecha de adquirir el derecho a Medicare. Por ejemplo, si adquiere el derecho a Medicare ocho meses antes de la fecha de finalización de su empleo, la continuación de la cobertura COBRA para usted o su cónyuge e hijos puede durar hasta treinta y seis meses después de la fecha de adquirir el derecho a Medicare, lo que equivale a veintiocho meses después de la fecha del evento calificado (treinta y seis meses menos ocho meses).

En caso contrario, cuando el evento calificado es la finalización del empleo (por motivos que no sean una conducta indebida grave) o la reducción de sus horas de trabajo, la continuación de la cobertura COBRA suele durar solo un total de 18 meses. Existen dos formas de ampliar este periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA.

(k) Extensión de la continuación de la cobertura COBRA por incapacidad

La incapacidad puede ampliar el periodo de 18 meses de continuación de la cobertura por un evento calificado que sea la finalización del empleo o la reducción de horas si la Administración del Seguro Social ("SSA") determina que usted o cualquiera en su familia cubierto por el plan está incapacitado, y usted lo notifica al UABT. Usted y sus dependientes pueden tener derecho a 11 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, para un total de 29 meses, si la incapacidad comenzó en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura COBRA y dura al menos hasta el final del periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura COBRA. El plan puede cobrar el 150% del costo de la prima por el periodo extendido de cobertura.

(l) Segunda extensión por evento calificado para la continuación de la cobertura COBRA

Si su familia experimenta otro evento calificado mientras recibe 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, sus dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica al UABT del segundo evento calificado. Esta extensión puede aplicarse al fallecimiento del empleado, al adquirir el derecho a 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 evento también hubiera ocasionado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura del plan, independientemente de que se hubiera producido el primer evento calificado.

(m) Extensión de la cobertura solo para los participantes de California

Una extensión de dieciocho (18) meses de cobertura hasta acumular un máximo de treinta y seis (36) meses estará disponible para los beneficiarios calificados en California.

(n) Duración más corta de la continuación de la cobertura COBRA

COBRA establece periodos de cobertura requeridos para la continuación de los beneficios de salud. No obstante, un plan puede ofrecer periodos de cobertura más largos que los exigidos por COBRA. Los beneficiarios calificados de COBRA generalmente tienen derecho a la cobertura de grupo durante un máximo de 18 meses después de los eventos calificados que surgen debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el periodo de cobertura inicial, pueden permitir que un beneficiario calificado reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

No es necesario que la continuación de la cobertura COBRA esté en vigor durante el periodo máximo, tal y como se establece en este documento. La continuación de la cobertura COBRA puede concluir antes de la última fecha posible si su empleador deja de proporcionar un plan de salud de grupo a cualquier empleado; usted y/o su beneficiario calificado no realizan el pago dentro de los treinta (30) días de la fecha de vencimiento de cualquier aporte o prima requeridos; usted o su beneficiario calificado obtienen cobertura bajo otro plan de salud de grupo o adquieren el derecho a la Parte A o la Parte B de Medicare (lo que ocurra primero); y/u ocurre cualquier otro evento que permita al administrador del plan terminar la cobertura sin ofrecer la continuación de la cobertura COBRA (como la comisión de fraude por parte del beneficiario calificado y/o su dependiente). La continuación de la cobertura 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 aportes y/o primas

El costo de la continuación de la cobertura COBRA elegida debe pagarse en los 45 días siguientes a su elección. A partir de ese momento, los pagos deberán efectuarse el primer día de cada mes. La continuación de la cobertura COBRA se cancelará y no se restablecerá si se efectúa algún pago fuera de plazo; no obstante, el UABT debe conceder un periodo de gracia de 30 días durante el cual todavía se puede efectuar un pago fuera de plazo sin que se pierda la continuación de la cobertura COBRA.

(p) Ley de Reforma Comercial de 2002 y Ley de Extensión de Preferencias Comerciales de 2015

La Ley de Extensión de Preferencias Comerciales de 2015 ha ampliado determinadas disposiciones de la Ley de Reforma Comercial de 2002, que creó un derecho especial de COBRA aplicable a ciertos empleados que han sido despedidos o han experimentado una reducción de horas y que reúnen los requisitos para recibir un "subsidio de reajuste comercial" o una "ayuda alternativa de ajuste comercial". Estas personas pueden acogerse a un Crédito Fiscal para la Cobertura de Salud (HCTC, por sus siglas en inglés) u obtener el pago anticipado del porcentaje aplicable de las primas pagadas por la cobertura de seguro médico calificado, incluyendo la continuación de la cobertura COBRA. Estas personas también tienen derecho a una segunda oportunidad de elegir la cobertura de COBRA para sí mismas y para determinados familiares (si no habían elegido ya la cobertura de COBRA). Esta elección debe realizarse dentro del periodo de 60 días que comienza el primer día del mes en el que la persona pasa a tener derecho a la asistencia en virtud de la Ley de Reforma Comercial de 2002. No obstante, esta elección no puede realizarse más de seis meses después de la fecha de finalización de la cobertura del plan de salud de grupo de la persona.

Su derecho o el de sus beneficiarios calificados para los subsidios en virtud de la Ley de Extensión de Preferencias Comerciales de 2015 le afecta para los subsidios que proporcionan asistencia para el pago de 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 derecho para cada subsidio a través de su declaración de impuestos individual. Es recomendable que los participantes consulten a sus asesores fiscales individuales sobre las ventajas de utilizar un subsidio o el otro.

Los participantes pueden ponerse en contacto con el UABT para obtener información adicional o, si tienen alguna duda, pueden llamar al Centro de Contacto con el Cliente del Crédito Fiscal para la Cobertura de Salud al número gratuito 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 Comercial en www.doleta.gov/tradeact; para obtener información sobre el Crédito Fiscal para la Cobertura de Salud (HCTC), consulte: <https://www.irs.gov/Credits-&-Deductions/Individuals/HCTC>.

(q) Información adicional

Por favor, póngase en contacto con los Servicios COBRA del UABT si tiene alguna pregunta sobre su plan y la continuación de la cobertura COBRA en la siguiente dirección:

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

Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado (ERISA, por sus siglas en inglés), incluyendo COBRA, HIPAA, la Ley de Atención Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud de grupo, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Socio o la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. o visite <https://www.dol.gov/agencies/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 de Seguros Médicos, visite 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 informado al UABT de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia.

Sección 4, Opciones de cobertura alternativa

Es posible que pueda comprar una cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos o de la Atención Médica Exchanges. A través de Exchanges, también puede tener derecho a un crédito fiscal que reduce las primas mensuales de inmediato y puede ver cuáles serán las primas, los deducibles y los costos de bolsillo antes de decidir inscribirse. Tener derecho a COBRA no limita la calificación del beneficiario calificado para la cobertura para un crédito fiscal a través de Exchange. Además, los beneficiarios calificados pueden calificar para oportunidades de inscripción especial para otro plan de salud de grupo para el cual tengan derecho, como el plan de salud de un cónyuge.

Parte IV, Extensión de los beneficios

Sección 1, Extensión de los beneficios del seguro de vida del empleado

Si está incapacitado de forma total y continua como consecuencia de una enfermedad o lesión en el momento en que finaliza su derecho regular a los beneficios del seguro de vida de grupo, *puede* optar a una extensión de los beneficios mediante una exención de la prima mientras dure su incapacidad total.

En caso de que quede totalmente incapacitado, deberá presentar una solicitud de exención de prima a la compañía de seguros que proporciona los beneficios del seguro de vida de grupo al 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 de seis (6) a doce (12) meses requerido puede invalidar su derecho a la exención de prima. Los formularios correspondientes 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 Socio del UABT al (800) 223.4590 para obtener ayuda.

Sección 2, Beneficios que no pueden extenderse

No se proporciona ninguna extensión de los beneficios durante la incapacidad total para los planes médicos, de medicamentos con receta, odontología u oftalmología proporcionados por una aseguradora independiente a través del UABT. Todos los beneficios amparados por estas coberturas finalizarán el último día del mes calendario por el cual se pagó y el proveedor del beneficio aceptó el aporte.

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 en orden alfabético. Estas definiciones no indican que se trate de servicios o suministros cubiertos y pueden utilizarse para identificar gastos no elegibles; 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, y en el que interviene alguna fuerza, elemento u objeto externo.

Las disposiciones especiales, o los beneficios adicionales, para las lesiones accidentales no se pagan por las lesiones autoinfligidas intencionalmente. Los beneficios por accidente tampoco se aplicarán a ninguna lesión resultante de: (a) una pelea iniciada o provocada por el paciente; (b) cualquier disputa familiar; (c) el abuso de sustancias; (d) un acto de guerra, declarada o no declarada; una enfermedad o trastorno mental; (e) un tratamiento médico, odontológico o quirúrgico; (f) una lesión sufrida mientras la persona participaba voluntariamente en una actividad inusualmente peligrosa; (g) lesión sufrida en estado de embriaguez, bajo la influencia de sustancias tóxicas o bajo la influencia de cualquier narcótico, a no ser que se haya administrado por consejo de un médico; o (h) lesión sufrida durante la participación en actividades delictivas y/o cualquier actividad ilegal, sin incluir infracciones de tráfico menores.

Sección 2, Actividades de la vida diaria

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

Sección 3, ADA

“ADA” significa la Asociación Dental Estadounidense

Sección 4, Determinación adversa de beneficios

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

- a) Una denegación de beneficios.
- b) Una reducción en 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 afecta a una reclamación actual de beneficios.
- d) Una terminación de beneficios.
- e) No proporcionar o no realizar el pago (en todo o en parte) de un beneficio, inclusive la denegación, reducción, terminación, o no proporcionar o no realizar el pago sobre la base de la determinación del derecho del participante a participar en el plan.
- f) La denegación, reducción o terminación de un beneficio o no realizar ni entregar el pago (en todo o en parte) de un beneficio, como resultado de la aplicación de cualquier revisión de utilización.
- g) La falta de cobertura de un artículo o servicio para el que de otro modo se proporcionan beneficios porque se determina que es experimental o de investigación o no es médicamente necesario o apropiado.

Sección 5, Ley de Atención Asequible (ACA)

El término “Ley de Atención Asequible (ACA, por sus siglas en inglés)” se refiere a la ley de reforma de atención de salud promulgada en marzo de 2010. La ley se promulgó en dos partes: La Ley de Atención Asequible y Protección del Paciente se promulgó con el rango de ley el 23 de marzo de 2010 y fue enmendada por la Ley de Reconciliación de Atención de Salud y Educación el 30 de marzo de 2010. El nombre “Ley de Atención Asequible” se utiliza comúnmente para referirse a la versión final y enmendada de la ley. En este documento, el plan utiliza el nombre Ley de Atención Asequible (ACA) para referirse a la ley de reforma de atención de salud.

Sección 6, Gastos permitidos

El término “gastos permitidos” se refiere a los cargos máximos permitidos para los gastos cubiertos médicamente necesarios. Los gastos permitidos se refieren a tipos específicos de servicios, que están 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 montos máximos de los beneficios. Cuando algún “otro plan” proporciona beneficios en forma de servicios (en lugar de pagos en efectivo), el administrador del plan evaluará el valor de dichos beneficios y determinará el valor razonable en efectivo del servicio o servicios prestados, determinando el 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 la reclamación se hubiera realizado debidamente, independientemente de que se haya efectuado o no.

Sección 7, Beneficiario alternativo

El término “beneficiario alternativo” es cualquier hijo de un participante en el UABT a quien se reconoce, en virtud de una orden de manutención infantil médica o de una notificación nacional de manutención médica, con el derecho a inscribirse en el plan como dependiente.

Sección 8, Centro quirúrgico ambulatorio

El término “centro quirúrgico ambulatorio” se refiere a un centro de atención de salud que le ofrece la oportunidad de recibir determinados servicios quirúrgicos y de procedimiento fuera del entorno hospitalario. Un centro es una instalación de atención médica moderna centrada en proporcionar atención quirúrgica en el mismo día, incluyendo los procedimientos de diagnóstico y preventivos.

Sección 9, Ensayo clínico aprobado

El término “ensayo clínico aprobado” se refiere a un ensayo en la fase I, II, III o IV financiado con fondos federales a través de agencias específicas [Institutos Nacionales de la Salud (NIH, por sus siglas en inglés), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDCP, por sus siglas en inglés), Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención de Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés), Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), Departamento de Defensa (DOD, por sus siglas en inglés) o Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), o una entidad no gubernamental identificada por las directrices de los NIH] o se lleva a cabo en el marco de una solicitud de medicamento nuevo en fase de investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) (si se requiere dicha solicitud). La Ley de Atención Asequible exige que, si una “persona calificada” está en un “ensayo clínico aprobado”, el UABT no puede negar la cobertura de los servicios relacionados (“costos rutinarios del paciente”).

Una “persona calificada” es alguien que cumple los requisitos para participar en un “ensayo clínico aprobado” y, o bien el médico de la persona ha llegado a la conclusión de que la participación es adecuada, o bien el participante proporciona información médica y científica que establece que su participación es adecuada.

Los “costos rutinarios del paciente” incluyen todos los artículos y servicios consistentes con la cobertura proporcionada en el plan que normalmente se cubren para una persona calificada que no está inscrita en un ensayo clínico. Los costos rutinarios del paciente no incluyen: 1) el artículo, dispositivo o servicio de investigación en sí mismo; 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 es claramente incompatible con las normas de atención ampliamente aceptadas y establecidas para un diagnóstico particular. Los planes no están obligados a proporcionar beneficios para los servicios de atención rutinaria del paciente proporcionados fuera del área de la red del plan, a menos que los beneficios fuera de la red se proporcionen de otra manera bajo el plan.

Sección 10, Cesión de beneficios

“Cesión de beneficios” significará un acuerdo por el cual el participante, a discreción del UABT, cede su derecho a solicitar y recibir el pago de los beneficios calificados del plan, sin incluir los deducibles, copagos y el porcentaje de coaseguro que no es pagado por el plan, en estricta conformidad con los términos de este documento, a un proveedor. 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 requiere una cesión de beneficios 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 cesión de beneficios y los deducibles, copagos y el porcentaje de coaseguro que es responsabilidad del participante, como contraprestación total por los servicios, suministros y/o tratamientos prestados. El UABT puede revocar o ignorar una cesión de beneficios a su discreción y continuar tratando al participante como único beneficiario. La cesión de beneficios se aplicará solo al pago y no transfiere ningún otro derecho de un participante a un proveedor. 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 ser pagados a un participante o a un proveedor que haya aceptado una cesión de beneficios como contraprestación total por los servicios prestados, el UABT puede pagar a un proveedor directamente 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, por sus siglas en inglés).

Nombramiento del representante autorizado

Un participante puede nombrar a un representante autorizado para que actúe en su nombre con respecto a una reclamación de beneficios o la apelación de una denegación. La cesión de beneficios por parte de un participante a un proveedor no constituirá el nombramiento de dicho proveedor como representante autorizado. Para designar a dicho representante, el participante debe rellenar un formulario que puede obtener en el UABT. Sin embargo, en relación con una reclamación 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 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 le indique al UABT, por escrito, lo contrario.

Cesiones

Los beneficios por gastos médicos cubiertos por este plan pueden ser cedidos por un participante al proveedor como contraprestación 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 cedidos se realizará directamente al cesionario, a menos que se haya recibido una solicitud por escrito de no respetar la cesión, firmada por el empleado cubierto y el cesionario, antes de presentar la prueba de la pérdida.

Ningún participante tendrá en ningún momento, ni durante el tiempo en que sea participante del plan ni después de su terminación como participante, de ninguna manera, derecho alguno a ceder su derecho a demandar para recuperar los beneficios de acuerdo con el plan, a hacer valer los derechos debidos en virtud del plan o a 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 contraprestación total por los servicios prestados, está obligado a cumplir las normas y disposiciones establecidas en los términos de este documento.

Los beneficios debidos a cualquier proveedor de la red se considerarán “cedidos” a dicho proveedor y se pagarán directamente a dicho proveedor, se haya otorgado o no una cesión de beneficios por escrito. A pesar de cualquier cesión o no cesión de beneficios en sentido contrario, una vez pagados los beneficios debidos 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.

Los beneficios de atención médica, odontológica u oftalmológica y los medicamentos con receta provistos por el plan pueden verse limitados o reducidos si los servicios se prestan fuera de los Estados Unidos. El fideicomiso se reserva el derecho para determinar los beneficios pagaderos, si los hubiera, para todos esos servicios. La cesión 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 la prestación de los servicios.

Consulte la Parte VI, Sección 4, Servicios sin panel incurridos fuera de EE. UU., para conocer los límites de la cesión a proveedores situados fuera de Estados Unidos.

Sección 11, Año calendario

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

Sección 12, Enfermera anestésista certificada y registrada

El término “enfermera anestésista certificada y registrada” se refiere a una enfermera titulada que proporciona anestesia a los pacientes en colaboración con cirujanos, anestésistas, dentistas, podólogos y otros profesionales de la salud calificados. La enfermera anestésista registrada debe estar certificada (y/o recertificada) por el Consejo de Certificación de Enfermeras Anestésistas.

Sección 13, Reclamación limpia

El término “reclamación limpia” significa una reclamación que puede ser procesada de acuerdo con los términos del UABT sin obtener información adicional del proveedor o de un tercero. Se trata de una reclamación a la que no le falta la documentación

requerida, ni una circunstancia particular que requiera un tratamiento especial que impida que se realice el pago oportuna- mente, tal y como se establece en este documento, y solo en la medida en que este documento lo permita.

Una reclamación limpia no incluye reclamaciones bajo investigación por fraude y abuso o reclamaciones 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 uno o más cargos sean gastos cubiertos de acuerdo con los términos de este documento.

Presentación de una reclamación limpia. Un proveedor presenta una reclamación limpia suministrando los elementos de datos requeridos en los formularios de reclamación estándar, junto con cualquier anexo 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 además de estos formularios estándar (como se indica en otras partes de este documento y en otros momentos antes de la presentación de la reclamación) para garantizar que los cargos constituyen gastos cubiertos según se definen y de acuerdo con los términos de este documento. El formulario de reclamación en papel o el archivo electrónico debe incluir todos los elementos de datos requeridos y debe estar completo, legible y ser preciso. No se considerará que una reclama- ción es una reclamación limpia si el participante no ha presentado los formularios requeridos o la información adicional al plan.

Sección 14, Complicaciones del embarazo

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

Sección 15, Continuación del cuidado

En virtud de la Ley de Asignaciones Consolidadas (CAA, por sus siglas en inglés) de 2021, se permite que un paciente con cui- dados continuos que esté recibiendo tratamiento por una afección grave y compleja opte por seguir recibiendo prestaciones a nivel de red de un proveedor (incluyendo los centros) cuya relación contractual con el plan de salud haya finalizado mientras el paciente esté recibiendo la atención durante un periodo de 90 días.

Un paciente con cuidados continuos se define como una persona que:

Está bajo tratamiento por una afección grave y compleja en un proveedor o centro;

Está recibiendo atención institucional o bajo internación en un proveedor o centro;

Está programado para someterse a una cirugía no electiva de un proveedor, e incluye los cuidados posoperatorios por parte del proveedor y/o el centro;

Está embarazada y recibiendo cuidados por el embarazo de un proveedor y/o centro;

Padece o se ha determinado que padece una enfermedad terminal y está recibiendo tratamiento para una enfermedad por parte del proveedor y/o el centro.

Una afección grave y compleja se define como una afección que es lo suficientemente grave como para requerir un trata- miento especializado para evitar la muerte o un daño permanente; o,

Es una afección que se considera potencialmente mortal, degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita y que re- quiere cuidados especializados durante un periodo prolongado.

Sección 16, Continuación de la cobertura

El término “continuación de la cobertura” se refiere a la continuación de todos los beneficios aplicables para todos los miem- bros 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 Preferidos (“PPO”, por sus siglas en inglés) a través de la cual el UABT contrata servicios de atención médica, odontológica y oftalmológica para los beneficiarios cu- biertos. Estos proveedores han contratado con la PPO para aceptar una estructura de tarifas competitiva por los servicios médi- cos prestados. Los beneficios debidos a cualquier proveedor del panel de la red se considerarán “cedidos” a dicho proveedor y se pagarán directamente a dicho proveedor, se haya otorgado o no una cesión de beneficios por escrito.

La lista de los proveedores del panel de contratación está disponible sin costo alguno para usted en el UABT si lo solicita, está disponible en línea, o puede llamar a la PPO al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del UABT.

Sección 18, Contratación de proveedores y hospitales

El término “proveedor contratado” o “proveedores de la red” se refiere a un médico, dentista, laboratorio u otro proveedor de servicios que tiene un contrato con el UABT o su red PPO en el momento en que se prestan los servicios. Los proveedores contratados se comprometen a aceptar las tarifas negociadas como pago total por los servicios cubiertos.

El término “hospital contratado” u “hospital en la red” se refiere 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 contratados se comprometen a aceptar las tarifas negociadas en lugar de sus tarifas de facturación. Los beneficios debidos a cualquier proveedor del panel de la red se considerarán “cedidos” a dicho proveedor y se pagarán directamente a dicho proveedor, se haya otorgado o no una cesión de beneficios por escrito.

La lista de los proveedores y hospitales contratados está disponible sin costo alguno para usted en el UABT si lo solicita o puede llamar a la PPO al número de teléfono que aparece 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, se refiere a las disposiciones del plan que limitan el pago total de dos o más planes de beneficios, de modo que la combinación de planes no pague más que el cargo máximo permitido por la atención médica, odontológica u oftalmológica cubiertas o el gasto en medicamentos con receta.

Sección 20, Copago

El término “copago” se refiere a los requisitos de costos compartidos con el paciente, tal y como se especifica en el baremo aplicable de beneficios médicos, odontológicos, de medicamentos con receta y/u 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 incurridos para la reparación de una lesión sufrida en el plazo de un año a partir de un accidente ocurrido mientras la persona estaba cubierta por los beneficios del plan, para la corrección de una deformidad congénita en un niño que tenía derecho bajo el plan al nacer, y/o a la cirugía reconstructiva posterior a la mastectomía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía (incluyendo el linfedema).

Sección 22, Gastos cubiertos

El término “gastos cubiertos” significa el cargo máximo permitido por un servicio, tratamiento o suministro médicamente necesario. Gasto incurrido por un tipo de tratamiento, servicio o suministro que está permitido por el plan, si se han cumplido 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 los baremos de beneficios. Gasto cubierto por un servicio, tratamiento o suministro médicamente necesario elegible, destinado a mejorar una condición o la salud del participante, que tiene derecho a la cobertura de acuerdo con este plan. Cuando hay más de una opción de tratamiento disponible, y una opción no es más efectiva que otra, el gasto cubierto es la opción menos costosa que no es menos efectiva 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 estos cuidados mejoren la condición 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 acostarse o levantarse de la cama, la supervisión de la medicación que normalmente puede administrarse por sí misma y todas las actividades domésticas. Además, este tipo de cuidados incluye, pero sin limitación alguna, los cuidados en un ala de rehabilitación de un hospital de cuidados agudos, un centro de cuidados prolongados o un centro de enfermería especializada, salvo lo previsto 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 a la cantidad de gastos cubiertos en los que usted o sus dependientes deben incurrir antes de que los beneficios sean pagaderos bajo los términos del plan. Los cargos que no se consideran

gastos cubiertos no pueden utilizarse para satisfacer ninguna parte del deducible del paciente. Tenga en cuenta que su deducible puede reiniciarse si cambia desde o hacia un plan calificado HSA.

Sección 25, Servicios odontológicos

El término “servicios odontológicos” se refiere a los servicios cubiertos en el baremo de beneficios de gastos odontológicos o servicios de salud médicamente necesarios para el pago por la reducción de fracturas de mandíbulas o huesos faciales, maloclusión severa/muelas del juicio impactadas que no han erupcionado completamente; cálculos de los conductos salivales; escisión de tumores malignos de la boca; cirugías bucales que no involucran los dientes o sus estructuras de soporte y cualquier paciente de cirugía ambulatoria que pueda estar inmunocomprometido. Los servicios para tratar el trastorno de la articulación temporomandibular constituyen un gasto cubierto en virtud del beneficio médico.

Sección 26, Servicios de diagnóstico

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

Sección 27, Fármaco

El término “fármaco” 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, Equipo médico duradero

Por “equipo médico duradero” se entiende el 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), camas de hospital, equipos de tracción, bastones, muletas, andadores, máquinas renales, ventiladores, oxígeno, monitores, colchones de presión, elevadores, y nebulizadores.

El plan limitará los beneficios por el alquiler del equipo hasta el importe del precio de compra y solo cubrirá el costo del equipo estándar. Todos los equipos médicos duraderos deben ser recetados por un médico o profesional de la medicina que indique que el equipo es médicamente necesario.

Sección 29, Médico

El término “médico” se refiere únicamente a un médico que ejerce 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, dentista, podiatra, optometrista o quiropráctico que estén debidamente autorizados y acreditados en su campo de la medicina. También se incluye a un oculista, psicólogo o practicante de la ciencia cristiana con licencia cuando realice servicios cubiertos por el plan.

Sección 30, Beneficios de salud esenciales

El término “beneficios de salud esenciales”, tal y como se define en la Ley de Atención Asequible, significará aquellos beneficios de salud que incluyan al menos las siguientes categorías generales y los artículos y servicios cubiertos dentro de las categorías: servicios ambulatorios para pacientes; servicios de emergencia; hospitalización; atención a la maternidad y a los recién nacidos; servicios de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias, incluyendo el tratamiento de la salud del comportamiento; medicamentos con receta; servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación; servicios de laboratorio; servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluida la atención bucal y oftalmológica.

La determinación de cuáles beneficios proporcionados por el plan son beneficios de salud esenciales se realizará de acuerdo con el plan de referencia de California, según lo permitido por los Departamentos de Trabajo, Tesorería y Salud y Servicios Humanos.

Sección 31, Gastos excluidos

El término “gastos excluidos” 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 los medicamentos, terapias, cirugías, 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 para Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). También se consideran experimentales los artículos, fármacos o sustancias que están 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 que se utilizan 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, atención, procedimientos, tratamientos o cursos de tratamiento que cumplen cualquiera de los siguientes requisitos:

- 1) No constituye una práctica médica aceptada según los estándares del caso y según los estándares de un segmento razonable de la comunidad médica o de las agencias de supervisión del gobierno en el momento en que se prestan.
- 2) Se prestan 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 fármaco, 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 los EE. UU. y/o la aprobación del Consejo Asesor de la FDA.
- 2) La aprobación para la comercialización no se ha dado en el momento en que se suministra el fármaco o dispositivo; o
- 3) Si hay pruebas fiables que demuestran que el fármaco, el dispositivo o el tratamiento médico, o el 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 las pruebas fiables demuestran que el consenso entre los expertos en relación con el fármaco, 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.

Se entenderá por pruebas fiables una o varias de las siguientes:

- 1) Solo informes y artículos publicados en la literatura médica y científica autorizada.
- 2) El protocolo o los protocolos escritos utilizados por el centro de tratamiento o uno o más protocolos de otro centro que estudie sustancialmente el mismo fármaco, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico.
- 3) El consentimiento informado escrito utilizado por el centro de tratamiento 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 con receta, siempre que se reconozca como médicamente necesario y médicamente apropiado para el tratamiento específico para el que ha sido prescrito por al menos uno de los siguientes:

- (a) Las evaluaciones del medicamento de la Asociación Médica Estadounidense
- (b) La información sobre medicamentos del Servicio de Formulario del Hospital Estadounidense
- (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 condición 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 discrecional para determinar lo que es experimental o en investigación.

Sección 33, Explicación de beneficios (EOB)

El término “explicación de beneficios” (EOB) significa un estado de cuenta que el UABT le envía y que muestra los cargos, los pagos y cualquier saldo que se deba a un proveedor. Puede enviarse por correo o por correo 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 autorizado como hospital de convalecencia o rehabilitación, o a un área específica de un hospital de cuidados intensivos que funciona principalmente como unidad de cuidados de convalecencia o rehabilitación. Dicho centro o unidad debe cumplir los requisitos para ser considerado un “centro de cuidados prolongados” según las normas y reglamentos federales de Medicare.

Sección 35, Centro

El término “centro” se refiere a los lugares y/o fuentes de servicios médicos autorizados y que funcionan legalmente. Incluye hospitales, centros quirúrgicos ambulatorios, centros de diálisis, cuidados paliativos, atención médica domiciliaria, enfermería privada, clínicas, centros de atención ambulatoria y centros de atención especializada.

Sección 36, Información genética

El término “información genética” significa la información sobre las pruebas genéticas de una persona, 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 de la persona 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 una persona que utilice tecnología de reproducción asistida, la información genética sobre el embrión.

Sección 37, Servicios de habilitación

El término “servicios de habilitación” se refiere a los servicios de atención de salud que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y funciones necesarias para la vida diaria. Estos servicios pueden incluir terapia física u ocupacional, terapia del lenguaje y otros servicios similares para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.

Sección 38, Clínicas de salud y bienestar

El término “clínicas de salud y bienestar” se refiere a los clínicas de salud y bienestar de UnitedAg que le proporcionan a usted y a sus dependientes una gama completa de servicios médicos y de tratamiento centrados en las necesidades únicas de la comunidad agrícola, desde la atención aguda y episódica hasta la gestión de riesgos de salud y enfermedades y el bienestar y la prevención. Muchos de los servicios mencionados están a su disposición con un copago de \$0 dólares y sin deducible en la mayoría de los planes.

Sección 39, Mercado de Seguros Médicos (“Exchange”)

El término Mercado de Seguros Médicos (“Exchange”) fue creado por la Ley de Atención Asequible, que creó un nuevo mecanismo para la compra de cobertura llamado Exchanges, que son entidades que se establecerán en los estados para crear un mercado más organizado y competitivo para los seguros médicos, ofreciendo una selección de planes de salud, estableciendo normas comunes en relación con la oferta y los precios de los seguros, y proporcionando información para ayudar a los consumidores a entender mejor las opciones disponibles para ellos.

Sección 40, HIPAA

El término “HIPAA”, por sus siglas en inglés, significa la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996, y sus enmiendas.

Sección 41, Atención médica domiciliaria

El término “atención médica domiciliaria” se refiere a los servicios de atención de salud que pueden prestarse en su domicilio por una enfermedad o lesión. La atención médica domiciliaria puede incluir terapia ocupacional y física, logopedia y enfermería especializada. Puede implicar la ayuda a los adultos mayores en las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse y comer. Los profesionales de la atención médica domiciliaria suelen ser enfermeras practicantes licenciadas, terapeutas o auxiliares de atención domiciliaria.

La atención médica domiciliaria no incluye una enfermera privada.

Sección 42, Hospital

El término “hospital” se refiere únicamente a un centro médico con licencia y que funciona legalmente, que cumple todos los siguientes requisitos: (a) mantiene instalaciones permanentes para el cuidado de cinco o más pacientes con cama de residente, (b) tiene un médico residente de guardia en todo momento, (c) tiene instalaciones para cirugía mayor, (d) proporciona servicio de enfermería veinticuatro (24) horas al día que es supervisado por una enfermera titulada, y (e) principalmente proporciona el diagnóstico general y la atención médica terapéutica sobre una base distinta de una casa de reposo, asilo, hospital de convalecencia, centro de cuidados prolongados, hogar para ancianos o centro de tratamiento de abuso de sustancias.

Sección 43, Hospitalización

El término “hospitalización” a efectos de los beneficios significa: (a) el confinamiento en un hospital como paciente con cama registrada durante al menos veinticuatro (24) horas consecutivas, incluidas las pruebas de preadmisión ambulatoria antes de la hospitalización, (b) el ingreso en el departamento de consultas externas de un hospital para una intervención quirúrgica o (c) el tratamiento en la sala de emergencias del hospital dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a una lesión accidental.

Sección 44, Fecha de ocurrencia

El término “fecha de ocurrencia” para un servicio o suministro determinado se refiere a la fecha en que se prestó el servicio o se proporcionó el suministro al paciente. Si el tratamiento se realiza por fases, los gastos cubiertos se producen a medida que se realizan las fases del tratamiento.

Sección 45, Fecha de ocurrencia, gasto de embarazo

El término “fecha de ocurrencia”, en lo que respecta a las tarifas por atención obstétrica total, significa la fecha del parto real, del aborto espontáneo o de la interrupción del embarazo, independientemente de la fecha de facturación, pago o servicios.

Sección 46, Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)

El término “Unidad de Cuidados Intensivos” o “I.C.U.”, por sus siglas en inglés, a efectos de los beneficios, se refiere a un área separada del hospital, utilizada exclusivamente para el tratamiento de pacientes en estado crítico, que proporciona un control permanente por parte de enfermeras de servicio y equipos médicos especiales. El término incluye la Unidad de Cuidados Coronarios (C.C.U., por sus siglas en inglés) y la Unidad de Cuidados Críticos de Quemados.

Sección 47, Licencia para ausentarse

El término “licencia para ausentarse” significa un periodo de tiempo durante el cual debe estar fuera de su 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 previsto en las normas, políticas, procedimientos y prácticas de su empleador cuando sea aplicable.

Sección 48, “Separación legal” y/o “separado legalmente”

El término “separación legal” y/o “separado legalmente” 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

Por “procedimiento diagnóstico principal” se entienden los procedimientos diagnósticos que se realizan habitualmente en un centro de diagnóstico por imagen independiente o en un hospital o centro, incluyendo, entre otros, los siguientes: Gammagrafías óseas, pruebas de esfuerzo, tomografía axial computarizada, pruebas de medicina nuclear, RMN, MRA, mielografía y PET.

Sección 50, Cargo máximo permitido

El término “cargo máximo permitido” del beneficio pagadero por un servicio o tratamiento específico será la tarifa negociada y contratada con una o más organizaciones de proveedores contratadas por el fideicomiso (si existe).

Si no existe una tarifa negociada, el plan determinará el cargo máximo permitido según las tarifas de reembolso de Medicare utilizadas actualmente por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), multiplicadas por el 150% o multiplicadas por un porcentaje que el proveedor y/u otros en el área aceptan 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 sobre la base de una de las siguientes opciones:

- (a) Precios establecidos por los CMS utilizando los métodos de pago estándar de Medicare y/o basados en los datos de precios complementarios de Medicare o Medicaid para los artículos que no cubre Medicare, basados en 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 pertenecientes a Medicare por servicios y/o suministros similares prestados por proveedores de atención con habilidades y formación similares; o
- (c) Precios establecidos por los CMS utilizando métodos de pago estándar de Medicare para artículos en entornos alternativos basados en las tarifas de Medicare proporcionadas para servicios y/o suministros similares pagados a proveedores de atención con habilidades y formación similares en entornos tradicionales.

Con respecto a los servicios de emergencia fuera de la red, la asignación del plan es la mayor entre las siguientes:

- (a) El importe del pago admisible (QPA, por sus siglas en inglés),
- (b) Si procede, el importe negociado para los proveedores de la red (el importe medio si hay más de un importe para los proveedores de la red).
- (c) El importe normal pagadero por el plan fuera de la red después de considerar los criterios descritos a continuación (reducido por el costo compartido).
- (d) El importe que pagarían las Partes A o B de Medicare (reducido por el costo compartido).

Si y solo si ninguno de los factores anteriores es aplicable, el administrador del plan ejercerá su discreción para determinar el cargo máximo permitido basado en cualquiera de los siguientes factores: (i) los datos de costos de Medicare; (ii) los importes cobrados por los proveedores del área 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 hay más de una opción de tratamiento disponible, y una opción no es más efectiva 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 un monto que, a discreción del administrador del plan, se cobre por los servicios o suministros que no sean causados injustificadamente por el proveedor tratante, incluyendo los errores en la atención médica que sean claramente identificables, prevenibles y graves en sus consecuencias para los pacientes. Para que los servicios o tarifas se consideren no elegibles en virtud de esta disposición, no es necesario que el proveedor haya incurrido en negligencia o mala praxis.

Sección 51, Emergencia médica

El término “afección médica de emergencia” significa una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor severo) de tal manera que una persona prudente, que posee un conocimiento medio de la salud y la medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en una afección descrita en la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés), incluyendo (1) poner la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido) 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. Se pueden considerar otras emergencias médicas y afecciones agudas cuando se reciba una prueba, satisfactoria para el plan, a discreción del administrador del plan, de que existe una emergencia.

De acuerdo con la Sección 1867 de la Ley de Seguro Social, por “servicios de emergencia” se entenderá (1) un examen médico adecuado que esté dentro de las posibilidades del servicio de emergencia de un hospital o de un servicio de emergencia independiente y autónomo, incluyendo los servicios auxiliares de los que se dispone habitualmente en el servicio de emergencia, para evaluar si existe una afección médica de emergencia; y (2) los exámenes médicos y tratamientos adicionales que puedan ser necesarios para estabilizar a la persona (independientemente del departamento del hospital en el que se presten los exámenes médicos y tratamientos adicionales) dentro de las posibilidades del personal y las instalaciones disponibles en el hospital o en el servicio de emergencia independiente y autónomo.

Un “servicio de emergencia independiente y autónomo” pretende incluir cualquier centro de atención de salud que esté geográficamente separado y sea distinto de un hospital, y que esté autorizado por un estado para prestar servicios de emergencia, incluso si el centro no está autorizado bajo el término “servicio de emergencia independiente y autónomo”.

Las protecciones de costos compartidos 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 servicio de emergencias independiente hasta que el médico de emergencias que lo atiende o el proveedor del tratamiento determina 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 situado a una distancia de viaje razonable, teniendo en cuenta la afección médica de la persona. La notificación y el consentimiento, así como cualquier otro requisito adicional de la ley estatal, también deben cumplirse de acuerdo con el 45 CFR 149.410(b)(1), 45 CFR 149.410(b)(2), 45 CFR 149.420(c) hasta (g), 45 CFR 149.410(b)(3) y 45 CFR 149.410(b)(5).

Sección 52, Revisión de la historia médica

El término “revisión de la historia médica” significa la medición y revisión de las historias médicas 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 la 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

Por “trastorno mental o nervioso” se entiende cualquier enfermedad o afección, sin importar si la causa es orgánica, que está clasificada como un trastorno mental o nervioso en la edición vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., está listada en la edición vigente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría u otro lineamiento o fuentes aplicables relevantes del estado. El hecho de que un trastorno figure en cualquiera de estas fuentes no significa que el tratamiento del mismo esté cubierto por el plan.

Sección 54, Panel de México

El término “panel de México” se refiere a un médico, hospital, clínica, dentista, 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 de México se comprometen a aceptar las tarifas negociadas como pago total por los servicios cubiertos.

Se requerirá una identificación con foto cada vez que visite a un proveedor del panel de México. Si el proveedor no puede verificar su derecho a los beneficios en el momento de su visita, es posible que se le solicite el pago total o un depósito antes de que se presten los servicios. Este importe se reembolsará tan pronto como se confirme el derecho.

El UABT pone a su disposición una lista de proveedores del panel de México, sin costo alguno para usted.

Sección 55, Servicios y suministros necesarios

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

Todo servicio o suministro debe: (a) cumplir con el estándar prevaleciente para la atención médica prestada a casos comparables en el área geográfica, (b) ser un procedimiento o práctica médica que esté aprobada en los Estados Unidos; y (c) cumplir con los requisitos de cualquier organismo o agencia gubernamental que tenga jurisdicción sobre el tipo de servicio o suministro que se proporciona.

Los términos “médicamente necesario”, “necesidad médica” y otros similares se refieren a los servicios de atención de salud ordenados por un médico que ejerce un juicio clínico prudente, prestados 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 el 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. Para que se consideren médicamente necesarios, estos servicios no deben ser más costosos que las intervenciones alternativas, incluyendo la ausencia de intervención, y deben tener al menos la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes en cuanto al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión del participante, sin afectar negativamente su condición médica. El servicio debe cumplir con todos los siguientes requisitos (a) su propósito debe ser restaurar la salud; (b) no debe ser principalmente de naturaleza restrictiva; (c) es 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 criterio adicional para la determinación de la necesidad médica y/o el gasto cubierto.

En el caso de las hospitalizaciones, esto significa que la atención aguda como paciente interno es necesaria debido al tipo de servicios que usted o sus dependientes están 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 intensivo.

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 ciertos 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 fuera de indicación se considera médicamente necesario cuando se cumplen todas las condiciones siguientes:

- (a) El medicamento fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- (b) El uso del medicamento prescrito está respaldado por una de las siguientes fuentes de referencia estándar:
 - 1) Micromedex® DRUGDEX®.
 - 2) La información sobre medicamentos del Servicio de Formulario del Hospital Estadounidense
 - 3) Compendios aprobados por Medicare (establecido por el Título XVIII de la Ley de Seguro Social de 1965, y sus enmiendas).
 - 4) La evidencia científica se apoya en ensayos clínicos bien diseñados y publicados en revistas médicas revisadas por colegas, que demuestran que el medicamento es seguro y eficaz para la condición específica.

El medicamento es, por lo demás, médicamente necesario para tratar la condición específica, incluidas las condiciones que ponen en peligro la vida o las afecciones crónicas y gravemente debilitantes.

Sección 56, Proveedores y hospitales sin contratación

Los términos “proveedor no contratado”, “hospital no contratado”, “proveedor fuera de la red”, “hospital fuera de la red”, “proveedor fuera del panel” y “hospital fuera del panel” hacen referencia a los proveedores de servicios de salud que no tienen un contrato en vigor con el fideicomiso o con una o más de sus redes contratadas en el momento de la prestación de los servicios. Los gastos cubiertos por los servicios prestados por un proveedor no contratado se limitan a lo indicado en sus baremos aplicables de beneficios de gastos o resúmenes de beneficios.

Sección 57, Enfermera

El término “enfermera” solo a efectos del pago de los beneficios, se refiere únicamente a una enfermera graduada registrada (RN, por sus siglas en inglés) que no sea miembro de su familia inmediata o de la de su cónyuge. Una enfermera profesional con licencia (LVN, por sus siglas en inglés) o una enfermera practicante con licencia (LPN, por sus siglas en inglés) no cumplen los requisitos, a menos que el médico haya ordenado una RN y no haya ninguna enfermera graduada registrada disponible para el servicio.

Sección 58, Terapia ocupacional

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

Sección 59, Tratamiento de obesidad

La evaluación y el asesoramiento sobre la obesidad es un gasto cubierto cuando un médico autorizado determina que usted padece obesidad mórbida y ha cumplido los criterios para el procedimiento basados en directrices clínicas reconocidas a nivel nacional. Debe obtenerse la autorización previa del UABT para cualquier procedimiento, incluyendo, entre otros, la derivación gástrica en Y de Roux, la banda gástrica (ajustable o no ajustable), la gastrectomía en manga, los procedimientos de malabsorción (derivación biliopancreática, cambio duodenal) y la gastroplastia vertical con banda.

Sección 60, Otro plan

El término “otro plan” significa cualquier plan, póliza o cobertura que proporcione beneficios o servicios para, o por razón de, la atención médica, odontológica u oftalmológica. Dichos planes incluyen el seguro de automóvil, el seguro de compensación para 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). Otro plan no incluye las cuentas de gastos flexibles (FSA), las cuentas de reembolso de

salud (HRA, por sus siglas en inglés), las cuentas de ahorro para salud (HSA, por sus siglas en inglés) ni las pólizas de seguro médico, odontológico u oftalmológico individuales:

Sección 61, Gasto de bolsillo máximo

El término “gasto de bolsillo máximo” significa la cantidad más alta de gasto cubierto que usted será responsable de pagar en cualquier año calendario antes de que el fideicomiso comience a pagar el 100% del gasto cubierto por el resto de ese año. El gasto de bolsillo máximo incluye el deducible y el porcentaje de coaseguro a pagar. Su plan también puede incluir cualquier copago aplicable para servicios médicos específicos. Sus gastos de bolsillo máximos pueden ser diferentes para los servicios de proveedores contratados y no contratados.

A menos que su plan de beneficios médicos esté identificado como un “plan con derechos adquiridos”, su gasto de bolsillo máximo combinado con el proveedor contratado para los deducibles, el porcentaje de coaseguro a pagar y todos los copagos, tanto de los planes médicos como de los planes de medicamentos con receta, no puede superar el gasto de bolsillo máximo de la ACA en un año calendario. (Tenga en cuenta que este máximo puede ajustarse por mandato federal y su plan se ajustará automáticamente para cumplir con dicho mandato).

Cualquier gasto médico y/o de medicamentos con receta que no cumpla con la definición de gasto cubierto del plan no puede aplicarse a su gasto de bolsillo máximo.

Tenga en cuenta que su gasto de bolsillo máximo puede reiniciarse si cambia desde o hacia un plan calificado HSA.

Sección 62, Porcentaje a pagar

El término “porcentaje a pagar” (o coaseguro) se refiere a un plan de beneficios en el que usted desembolsa una parte del pago efectuado por una reclamación. El porcentaje a pagar forma parte de sus gastos de bolsillo por una reclamación.

Sección 63, Revisión por colegas

El término “revisión por colegas” se refiere a un consultor médico independiente con las debidas credenciales 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 las “tarifas usuales y acostumbradas”, tal y como se define en la Parte V, Secciones 55 y 87. Las reclamaciones enviadas a la revisión por colegas para su determinación podrían tardar hasta 21 días en ser revisadas. Es posible que usted o su proveedor tengan que proporcionar información adicional en relación con el proceso de revisión.

Sección 64, Por causa

El término “por causa” a efectos de los beneficios se refiere a cualquier accidente o a todas las enfermedades que se estén tratando 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 está limitada.

Sección 65, Por hospitalización

El término “por hospitalización”, en lo que respecta a usted, se refiere a un accidente o a todas las enfermedades que se tratan al mismo tiempo. Si usted es un empleado activo, cualquier beneficio limitado por este término se renovará cuando se reincorpore al trabajo durante un día completo o esté libre de tratamiento durante seis (6) meses consecutivos entre las hospitalizaciones. En el caso de los dependientes, las hospitalizaciones sucesivas por la misma causa se considerarán una sola hospitalización, a menos que el paciente pase seis (6) meses consecutivos sin recibir tratamiento por la afección que está limitada.

Sección 66, Por incapacidad

El término “por incapacidad”, en lo que respecta a usted, a efectos de los beneficios, se refiere a cualquier accidente, o a todas las enfermedades que estén siendo tratadas al mismo tiempo. Si usted es un empleado activo, cualquier beneficio limitado por este término se renovará cuando se reincorpore al trabajo durante 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 afección que está limitada.

Sección 67, Asistente médico

El término “asistente médico” se refiere a un profesional de la salud autorizado para ejercer la medicina con la supervisión de un médico. Dentro de la relación médico-asistente médico, los asistentes médicos pueden ejercer autonomía en la toma de decisiones médicas y proporcionar una amplia gama de servicios diagnósticos y terapéuticos. Los asistentes médicos entrevistan a los pacientes, recopilan sus historias clínicas, realizan exámenes físicos y, según sea necesario, ordenan o realizan las pruebas de laboratorio de diagnóstico requeridas.

Sección 68, Atención preventiva

“Atención preventiva” hace referencia a 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: Beneficios de “atención preventiva” que incluyen artículos o servicios que tienen en efecto una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU.; las vacunas para uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tienen una recomendación vigente del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; para los bebés, niños y adolescentes, la atención preventiva basada en la evidencia y las pruebas de detección previstas en las directrices apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud; y, para las mujeres, la atención preventiva basada en la evidencia y las pruebas de detección previstas en las directrices integrales apoyadas por la HRSA.

Se pueden encontrar copias de las recomendaciones y directrices en los siguientes sitios web:

[https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/;](https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/)

- (a) [https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/;](https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/)
- (b) [https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/;](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;
- (d) [https://www.hrsa.gov/womensguidelines/.](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 obtener 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, incluyendo, pero sin limitación alguna, el médico, enfermera, hospital, farmacia, técnico, terapeuta, clínica o casa de suministros médicos que prestó el servicio o proporcionó los suministros por los que se facturó al paciente.

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

Sección 70, Servicios psicológicos o psiquiátricos

El término “servicios psicológicos o psiquiátricos” a efectos de los beneficios incluye la psicoterapia, las pruebas psicométricas, la terapia farmacológica 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 de diagnóstico diseñados para medir los niveles de deterioro mental o cognitivo, independientemente de la causa o el propósito.

Sección 71, Importe del pago admisible (QPA)

El importe de pago admisible (QPA, por sus siglas en inglés) establecido en la Ley sin Sorpresas (NSA, por sus siglas en inglés) es el importe en el que se basará el plan para abonar los gastos admisibles del plan cubiertos por las disposiciones de facturación de saldos de la NSA. Es la tarifa media contratada dentro de la red para un servicio o suministro médico prestado en una región geográfica determinada. Este importe es el 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” para los fines de los beneficios significa, a discreción del administrador del plan, los servicios o suministros, o las tarifas por servicios o suministros que son necesarios para la atención y el tratamiento de una enfermedad o lesión no causada por el proveedor tratante. El administrador del plan realizará la determinación de la razonabilidad de las tarifas o servicios, tomando en consideración circunstancias o complicaciones inusuales que requieren tiempo adicional, habilidades y experiencia en conexión con un servicio o suministro en particular; los estándares y prácticas de la industria que están relacionados con escenarios similares; y la causa de la lesión o enfermedad que necesita los servicios y/o genera los cargos.

Esta determinación considerará, sin limitación alguna, los hallazgos y cálculos de las siguientes entidades: (a) Las asociaciones, sociedades y organizaciones médicas a nivel nacional; y (b) la Administración de Alimentos y Medicamentos. Para que sean razonables, los servicios y/o tarifas deben ajustarse a las prácticas de facturación generalmente aceptadas para los procedimientos no agrupados o múltiples. Servicios, suministros, cuidados y/o tratamientos que sean el resultado de errores en la atención médica que son claramente identificables, prevenibles, y graves en sus consecuencias para los pacientes, no son razonables. El

administrador del plan retiene la autoridad discrecional para determinar si los servicios y/o tarifas son o no razonables con base en la información presentada al administrador del plan. No se requiere la determinación de la negligencia y/o mala praxis del proveedor para que los servicios y/o tarifas sean considerados no razonables.

Los cargos y/o servicios no se consideran razonables, y por lo tanto no son admisibles para el pago (exceden el cargo máximo permitido) cuando son el resultado de errores del proveedor y/o condiciones adquiridas en el centro que se consideran “razonablemente prevenibles” a través del uso de lineamientos soportados en evidencia, tomando en consideración, entre otros, los lineamientos 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 admisibles para ser pagados por el plan.

Sección 73, Hospital de rehabilitación

El término “hospital de rehabilitación” se refiere a los centros de internación dedicados a la rehabilitación de pacientes con diversas afecciones neurológicas, musculoesqueléticas, ortopédicas y de otro tipo de afecciones médicas tras la estabilización de sus problemas médicos agudos.

Sección 74, Cobertura de tratamiento residencial

El término “cobertura de tratamiento residencial” se refiere al tratamiento en un centro de tratamiento residencial, a veces llamado centro de rehabilitación, que es un centro de atención de salud en régimen de internado que proporciona terapia para los 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 que aloje a dos (2) pacientes.

Sección 76, Centro de enfermería especializada

El término “centro de enfermería especializada” es un centro de rehabilitación y tratamiento médico para pacientes internos que cuenta con profesionales médicos capacitados. El centro proporciona los servicios médicamente necesarios de enfermeras con licencia, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, logopedas y audiólogos. Los centros de enfermería especializada ofrecen a los pacientes asistencia las 24 horas del día para la atención de salud y las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés).

Sección 77, Disposición (circunstancias) especiales

El término “disposiciones (circunstancias) especiales”, significa el tratamiento por un proveedor no contratado cuando no hay proveedores contratados disponibles en un radio de 50 millas de la dirección actual del participante. Si existen disposiciones especiales, los servicios prestados por el proveedor no contratado estarán cubiertos al nivel de los beneficios dentro de la red y se aplicarán el deducible y los gastos de bolsillo máximo dentro de la red.

Sección 78, Subrogación

El término “subrogación” se refiere al derecho del fideicomiso a un reembolso completo (como plan de beneficios ERISA) por los gastos de reclamaciones adelantados en nombre de un participante determinado como lesionado por un tercero, lo que incluye el derecho a presentar un gravamen contra cualquier tercero que tenga la responsabilidad primaria del tratamiento médico, odontológico u oftalmológico del paciente o contra los fondos liquidados de cualquier recuperación del paciente y contra los beneficios futuros debidos bajo el plan, antes de pagar los beneficios bajo el plan por esos servicios.

Además de su derecho a la subrogación, el UABT exige que el paciente y el asesor legal (si se utiliza) se comprometan contractualmente a reembolsar al fideicomiso la totalidad de cualquier sentencia, acuerdo, compromiso o veredicto por los beneficios adelantados antes de la liquidación de las reclamaciones incurridas como resultado de la lesión o enfermedad por un tercero. Esta promesa de amortización crea un “gravamen equitativo por acuerdo”. El UABT tendrá el derecho específico y primero de reembolso con los fondos liquidados de cualquier sentencia, acuerdo, compromiso o veredicto que resulte de la responsabilidad asumida o decretada de un tercero por dicho accidente o enfermedad.

Sección 79, Abuso de sustancias/trastorno por uso de sustancias

El término “abuso de sustancias”, siempre que se utilice en el material descriptivo del plan, hace referencia a cualquier enfermedad o afección clasificada como trastorno por consumo de sustancias, otra adicción o el abuso voluntario de sustancias controladas, según la edición actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., como está listada en la edición vigente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos

Mentales, publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Se incluye en esta definición el abuso voluntario de sustancias inhaladas, ingeridas o inyectadas, utilizadas por el paciente de una manera no aconsejada por el fabricante y/o sancionada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (F.D.A.)

El hecho de que un trastorno figure en cualquiera de las publicaciones anteriores no significa que el tratamiento del mismo 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 cargos por el tratamiento y la medicación prescrita en relación con dos (2) programas para dejar de fumar durante 12 meses consecutivos.

Sección 80, Transparencia y facturas médicas inesperadas también conocida como la “Ley sin Sorpresas”

En 2019, el presidente Trump publicó una orden ejecutiva sobre la mejora de la transparencia de los precios y la calidad en la atención de salud estadounidense para poner a los pacientes en primer lugar, que ordenaba a los Secretarios de Salud y Servicios Humanos, del Tesoro y del Trabajo que elaboraran normas para promover la transparencia de los precios en el mercado de la atención de salud. Esto llevó 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 sorpresiva 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 emergencia y las facturas médicas sorpresivas. 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 disputas (IDR, por sus siglas en inglés). Además, varias normas han sido impugnadas ante los tribunales y pueden invalidar determinadas normas, o los Departamentos pueden promulgar nuevas normas en el futuro y como reacción a las decisiones judiciales.

La intención de UnitedAg es 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 regulaciones disponibles en el momento en que se redactó este documento. En el futuro se publicarán enmiendas adicionales para garantizar el cumplimiento de las normas y reglamentos adicionales que pueden hacer que la información de este documento sea incorrecta o entre en conflicto con las nuevas leyes, normas o reglamentos. Si las nuevas leyes, normas o reglamentos entran en conflicto con este documento, UnitedAg las cumplirá tal y como se implementen y actualizará este documento tan pronto como sea razonablemente posible, pero no más tarde de 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 telecomunicación e información para proporcionar atención de salud clínica a distancia. Contribuye a eliminar las barreras de la distancia y puede mejorar el acceso a servicios médicos que a menudo no estarían disponibles en horario no comercial. 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 informáticos médicos, de imagen y de salud de un sitio a otro. Los servicios de telemedicina incluyen servicios de atención primaria y de urgencia. También se ofrecen servicios de salud conductual, tratamiento dermatológico y para dejar de fumar.

Los servicios de atención primaria y de referencia a especialistas pueden implicar que un profesional de atención primaria o un profesional médico aliado 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 video interactivo en directo o el uso de la transmisión almacenada y reenviada de imágenes de diagnóstico, signos vitales y/o clips de video 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 autorizados por los beneficios del plan.

Sección 82, El plan

El término “el plan” se refiere al plan de United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan and Trust, United Agricultural Benefit Trust, UABT o el “fideicomiso” para el cual usted y sus dependientes tienen derecho, como se describe en este resumen. Sus beneficios bajo el plan se describen completamente en los baremos de beneficios del plan aplicables o en los resúmenes de beneficios 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 respecta a usted como empleado 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 a cambio de un salario o ganancia.

Con respecto a sus dependientes calificados, 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 incapacitados por cualquier organismo gubernamental a efectos de los beneficios.

Sección 84, Procedimiento de trasplante

El término "procedimiento de trasplante" significa 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 están cubiertos otros trasplantes.

Los trasplantes de órganos deben realizarse en una Institución de la Red de Trasplantes o en un Centro de Excelencia que ofrezca programas especializados dentro de las instituciones de atención médica que proporcionen concentraciones excepcionalmente altas de experticia y recursos relacionados, dedicados a los trasplantes de órganos y que se ofrezcan de forma integral e interdisciplinaria.

Los gastos cubiertos del donante solo se cubren para los donantes que son participantes del UABT. Cuando tanto la persona que dona el órgano como la persona que lo recibe son participantes del UABT, cada una de ellas recibirá los beneficios del plan. (Los gastos del donante que no sea participante del UABT pueden considerarse como 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 -incluyendo la TPN-, la oxigenoterapia hipobárica y la terapia respiratoria/de inhalación.

Sección 86, Atención urgente

El término "atención urgente" se refiere a la atención médica prestada para 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, Tarifas usuales y acostumbradas

El término "tarifas usuales y acostumbradas" (U&C, por sus siglas en inglés) significa solo aquellos cargos por servicios y suministros necesarios que se facturan de acuerdo con las directrices de la Codificación Nacional Correcta y que no: (a) superan el importe que el proveedor cobra normalmente por servicios similares; o (b) superan el importe cobrado por la mayoría de los proveedores por servicios comparables en el área geográfica donde se prestaron los servicios o se proporcionaron los suministros. El término, tal y como se define, es intercambiable con el de tarifas "usuales, acostumbradas y razonables" (UCR, por sus siglas en inglés) o "cargo máximo permitido".

Si, y solo si, no existe una tarifa negociada para una determinada reclamación, el administrador del plan ejercerá su discreción para determinar la tarifa usual y acostumbrada 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 del área por servicios similares, o el precio medio al por mayor (AWP) o el precio al por menor del fabricante (MRP). Estos factores auxiliares tendrán en cuenta las normas y prácticas de facturación generalmente aceptadas.

Cuando hay más de una opción de tratamiento disponible, y una opción no es más efectiva 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 un monto que, a discreción del administrador del plan, se cobre por los servicios o suministros que no sean causados injustificadamente por el proveedor tratante, incluidos los errores en la atención médica que sean claramente identificables, prevenibles y graves en sus consecuencias para los pacientes. Para que los servicios o tarifas se consideren no elegibles en virtud de esta disposición, no es necesario que el proveedor haya incurrido en negligencia o mala praxis.

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 baremo de beneficios del plan o el resumen de beneficios, incluyendo las limitaciones generales. Las disposiciones que se aplican solo a los beneficios médicos o solo a los beneficios odontológicos, por ejemplo, se encontrarán en las secciones correspondientes que describen el tipo específico de cobertura.

Sección 1, Límites en los gastos cubiertos

Los gastos cubiertos incluyen únicamente los cargos por un tipo de servicio que figura en uno o más baremos de los beneficios aplicables del plan o en los resúmenes de beneficios a los cuales usted tiene derecho. Los gastos cubiertos no incluyen:

- (a) la cantidad en la que un cargo determinado supera el cargo máximo permitido para el gasto cubierto;
- (b) la cobertura de una habitación privada en el hospital por encima del costo de la habitación promedio semiprivada;
- (c) el tratamiento que no es una práctica generalmente reconocida, aceptada y aprobada en los Estados Unidos;
- (d) los procedimientos experimentales y/o ensayos clínicos (no obstante, los costos rutinarios de los pacientes asociados a los ensayos clínicos aprobados para personas calificadas se consideran gastos cubiertos);
- (e) los 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, no aceptables o no aprobados;
- (f) los servicios o suministros no ordenados por un médico;
- (g) los cargos que no le habrían sido facturados 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 tiene derecho según los términos del plan.

Sección 2, Exclusiones generales

No se pagará ningún beneficio por muerte accidental o desmembramiento, médico, de medicamentos con receta, odontológico u oftalmológico proporcionado por el plan, por cualquier gasto incurrido en relación con una enfermedad o lesión que:

- (a) esté cubierta por la Ley o Estatuto de Compensación para Trabajadores, siempre que se trate de una afección por la que se cubren o puedan recuperarse los beneficios, ya sea por adjudicación, acuerdo o de otro modo, en virtud de cualquier ley de compensación para trabajadores, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedad ocupacional, 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 produzca durante la participación en delitos, faltas o actividades ilegales (incluso si el participante nunca es acusado o condenado por el delito). Esta exclusión no se aplica si la lesión (a) es consecuencia de haber sido víctima de un acto de violencia doméstica, o (b) es resultado de una condición médica documentada (incluyendo condiciones de salud física y mental). El UABT no deniega los beneficios para el tratamiento de la lesión de una víctima causada por la violencia doméstica y el participante lesionado que no sea la persona que participa en una actividad ilegal;
- (e) si la enfermedad o lesión es causada por un tercero, incluyendo, sin limitación alguna, la actividad ilícita o la negligencia de un proveedor de servicios médicos; y/o
- (f) si el pago está prohibido por la ley.

Además, no hay beneficios pagaderos por gastos incurridos 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 entregados a través de la red del beneficio de farmacia del UABT.
- (e) Cualquier medicamento no aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y el Consejo Asesor de la FDA.
- (f) Gastos de servicio de la cuenta o tarifas por intereses.
- (g) El tratamiento y los servicios relacionados con un participante que haya tomado parte en cualquier actividad que sea ilegal debido al uso de alcohol, cannabis, fármacos prescritos u opiáceos, o cualquier otra sustancia que cree un estado de intoxicación. Se cubrirán los gastos de los participantes lesionados que no sean la persona que participó en una actividad que sea ilegal debido al uso de alcohol, a un estado de intoxicación por alcohol o bajo la

influencia de cannabis u opioides, y se podrán cubrir los gastos del tratamiento por abuso de sustancias según se especifica en este plan. Esta exclusión no se aplica si la lesión (a) es consecuencia de haber sido víctima de un acto de violencia doméstica, o (b) es resultado de una condición médica documentada (incluyendo condiciones de salud física y mental).

- (h) Los cuidados supervisados que no restablecen la salud, a menos que se mencione específicamente lo contrario.
- (i) Cantidades deducibles aplicadas para satisfacer 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 de consanguinidad como si existe en virtud de la ley.
- (k) Hormonas de crecimiento (a menos que se determine que son médicamente necesarias).
- (l) Una lesión o enfermedad resultante de la práctica de una ocupación, pasatiempo o actividad peligrosos. Una ocupación, pasatiempo o actividad es peligrosa si implica o expone a una persona a un riesgo de un grado o naturaleza que no es habitual en el curso de la ocupación habitual del participante o si implica actividades en su tiempo libre comúnmente consideradas como que implican riesgos inusuales o excepcionales, caracterizadas por una amenaza constante de peligro o riesgo de daño corporal, **incluyendo, sin limitación alguna:** ala delta, paracaidismo, salto de puentes, paravelismo, escalada, uso de explosivos, carreras de automóviles, carreras de motocicletas, carreras de aviones o carreras de lanchas rápidas, el manejo imprudente de un vehículo u otra maquinaria, y los viajes a países con advertencias.
- (m) 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.
- (n) Incurridos por otras personas. Que son gastos incurridos por otras personas.
- (o) Tratamiento, servicios y/o suministros que no son médicamente necesarios.
- (p) Las lesiones resultantes de la negligencia, conducta irregular, actividad ilícita, incumplimiento o mala praxis por parte de cualquier cuidador, institución o proveedor, según lo determine el administrador del plan, a su discreción, a la luz de las leyes aplicables y las pruebas disponibles para el administrador del plan.
- (q) Sin obligación legal. Que sean por 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 tiene ninguna obligación legal de pagar, o por los cuales no se harían cargos en ausencia de esta cobertura, incluyendo, sin limitación alguna, cargos por servicios no prestados realmente, y tarifas, atención, suministros o servicios por los cuales una persona, compañía o cualquier otra entidad excepto el participante o el plan, pueden ser responsables por necesitar las tarifas, atención, suministros o servicios.
- (r) Servicios y tratamientos que no son aceptados como práctica estándar por la Asociación Médica Estadounidense (AMA), la Asociación Hospitalaria Estadounidense, la Asociación Dental Estadounidense (ADA) o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Artículos para conveniencia personal.
- (s) Reversión de procedimientos de esterilización.
- (t) Cumplimentación de los formularios de la reclamación.
- (u) Que no sean del médico tratante. Que sean distintos a los certificados por un médico que atiende al participante como necesarios para el tratamiento de la lesión o enfermedad y realizados por un proveedor adecuado.
- (v) Prohibido por la ley. Que son en la medida en que el pago en virtud de este plan está prohibido por la ley.
- (w) Error del proveedor. Los servicios y el tratamiento son necesarios como resultado de un error poco razonable del proveedor.
- (x) Servicios no prestados realmente.
- (y) Poco razonable. Servicios que no son razonables en su naturaleza o en su cargo (véase la definición de cargo máximo permitido) o que se requieren para tratar enfermedades o lesiones que surgen de y se deben a un error del proveedor, cuando razonablemente no se espera que ocurra dicha enfermedad, lesión, infección o complicación. Esta exclusión se aplicará a los gastos que resulten directa o indirectamente de circunstancias que, a juicio del administrador del plan, a su entera discreción, hayan dado lugar al gasto y que no sean generalmente previsibles o esperables entre los profesionales que practican el mismo tipo de medicina o uno similar que el proveedor tratante cuyo error causó una o más pérdidas.
- (z) Medicamentos para la pérdida de peso, ya sean recetados por un médico o comprados sin receta.
- (aa) Programas de tratamiento/terapia en zonas silvestres. Modalidad de tratamiento y terapia basada en la aventura para la modificación de la conducta y la mejora interpersonal, que combina la educación experiencial, la terapia individual y de grupo en un entorno silvestre.

Sección 3, Exclusión de la responsabilidad frente a terceros

No se pagará ningún beneficio médico, de medicamentos con receta, odontológico u oftalmológico proporcionados por el plan por los 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 sin panel incurridos fuera de EE. UU.

Los beneficios de atención médica, odontológica u oftalmológica y los medicamentos con receta provistos por el plan pueden verse limitados o reducidos si los servicios se prestan fuera de los Estados Unidos continental, Alaska y Hawái. El fideicomiso se reserva el derecho para determinar los beneficios pagaderos, si los hubiera, para todos esos servicios. La cesión 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 la prestación de los servicios. (Esta disposición no se aplica al panel de proveedores en México del UABT).

Sección 5, Derecho de recuperación

En el caso de que se produzca un sobrepago debido a información errónea, incompleta o inexacta, o a un error en el procesamiento de la reclamación, 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 puede ser recuperado haciendo uno o más ajustes o reducciones a cualquier reclamación futura del paciente.

Sección 6, Servicio de pago

Los beneficios del plan se deben y son pagaderos únicamente al empleado cubierto. Sin embargo, en caso de que el empleado fallezca, quede incapacitado o no pueda ser localizado en el momento de procesar una reclamación, el fideicomiso se reserva el derecho de realizar el pago a cualquier persona u organización que el fideicomiso determine que tiene derecho a ello de manera equitativa. El pago efectuado de buena fe liberará 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 para determinar los "servicios y suministros necesarios" y las "tarifas usuales y acostumbradas", según se definen en la Parte V en base a la información presentada con la reclamación. Para ayudar en dicha determinación, el fideicomiso puede basarse en los criterios de tarifas regionales reconocidos a nivel nacional, en los programas de detección de fraudes y/o en la revisión por colegas independientes y con las debidas credenciales.

El fideicomiso se reserva el derecho a negar los cargos por:

- (a) procedimientos que se consideran experimentales, de valor no probado o de utilidad dudosa;
- (b) procedimientos que tienden a ser redundantes cuando se realizan en combinación con otros procedimientos;
- (c) procedimientos de diagnóstico que es poco probable que 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 eventos 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 un proveedor contratado o un miembro de la organización de proveedores preferidos del fideicomiso.

Cualquier acuerdo en cuanto a las tarifas o cargos realizados entre la persona 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 no es elegible y que no se pagarán los beneficios del plan por los servicios o suministros proporcionados por ese 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, no ética o fraudulenta, según lo determine el Consejo Directivo a su única y absoluta discreción.

Sección 9, Exámenes y autopsias

El UABT se reserva el derecho de examinar a cualquier persona por la que se presente una reclamación cuando y cuantas veces lo requiera durante el periodo en el que la reclamación esté pendiente. 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 que sus gastos de bolsillo reales. Los beneficios pagaderos en virtud del plan se coordinarán con cualquier otra cobertura de beneficios de salud de grupo que usted, o sus dependientes, puedan tener. La coordinación significa que no se reembolsará más del cien por ciento (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 exceso en beneficios

Si en el momento de la lesión, enfermedad, dolencia o incapacidad existe, o puede existir, cualquier otra fuente de cobertura (incluyendo, sin limitación alguna, la cobertura resultante de una sentencia judicial o de acuerdos), los beneficios del UABT se aplicarán únicamente como exceso sobre dichas otras fuentes de cobertura.

Los beneficios del plan serán por el exceso, siempre que sea posible, a cualquiera de los siguientes:

- (a) Cualquier pagador principal además del UABT.
- (b) Cualquier seguro de primera persona a través de la cobertura de pagos médicos, la protección contra lesiones personales, la cobertura sin culpa, la cobertura de automovilistas no asegurados o subasegurados.
- (c) La póliza de seguro de una compañía de seguro o fiador de una tercera persona.
- (d) La compensación para trabajadores u otra compañía de seguro de responsabilidad.
- (e) Cualquier otra fuente, inclusive, y sin limitación alguna, fondos de reparación para la víctima de un delito, cualquier pago por beneficios médicos, por incapacidad u otros beneficios, y cobertura de seguro escolar.

Sección 2, Limitaciones para vehículos

Cuando haya pagos médicos disponibles en virtud de cualquier seguro de automóvil, el UABT pagará únicamente el beneficio de exceso, sin reembolso de los deducibles del plan y/o de la 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 automóvil sin importar su nombre, título o clasificación.

Sección 3, Orden de determinación de beneficios

La coordinación de beneficios (o COB, como suele denominarse) funciona de manera que uno de los planes (denominado plan principal) pagará primero sus beneficios. Uno o más planes secundarios y los subsiguientes pagarán el saldo adeudado hasta el 100% del total del gasto máximo permitido. En ningún caso, los beneficios combinados de los planes principal y secundario superarán el 100% del gasto máximo permitido. En caso de conflicto entre las normas, el plan nunca pagará más del cincuenta por ciento (50%) de los gastos permitidos cuando pague en segundo lugar.

Cuando un paciente está cubierto por dos o más planes de beneficios de salud, 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 "persona" será el pagador principal de esa persona para todos los beneficios, incluyendo, entre otros, los beneficios médicos, odontológicos, oftalmológicos y de medicamentos con receta.
- (b) Si el paciente tiene derecho como jubilado en un plan y como empleado activo en el otro, el plan que cubre a la persona 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 vigor más antigua será el principal.
- (d) Si el paciente es un hijo dependiente, el plan de beneficios del progenitor cuyo cumpleaños sucede antes en el año es principal sobre el plan del progenitor cuyo cumpleaños sucede después en el año. Si los progenitores naturales están divorciados, el pagador principal 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 conviva el hijo y el plan que cubra al progenitor natural sin la custodia será el último.
- (e) Si el paciente es un hijo dependiente, a efectos de los beneficios odontológicos y/u oftalmológicos pediátricos, si el plan de los padres ofrece una cobertura odontológica y/u oftalmológica independiente del plan médico, el plan odontológico independiente y el plan oftalmológico independiente serán los pagadores principales 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.

La intención de esta disposición es únicamente mantener un sistema ordenado para determinar la responsabilidad de cada aseguradora. Su reclamación debe enviarse en primer lugar al pagador principal, según lo determinado por el orden anterior.

Cuando se haya recibido la notificación de pago del pagador principal, deberá enviarse una copia de todas las facturas y de la explicación de los beneficios proporcionadas por el pagador principal a la aseguradora secundaria para el pago coordinado.

Sección 4, Derecho para recibir y entregar la información necesaria

El UABT y/o el administrador del plan pueden, sin previo aviso ni consentimiento de ninguna persona, entregar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización o persona cualquier información relativa a la cobertura, los gastos y los 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. Cualquier participante que reclame beneficios bajo este plan deberá proporcionar al administrador del plan la información que se le solicite y que sea necesaria para implementar esta disposición.

Sección 5, Servicio de pago

A efectos de coordinación, el UABT se reserva el derecho de: (a) entregar u obtener de cualquier otra organización o persona cualquier información sobre la reclamación que el fideicomiso o la otra aseguradora de beneficios pueda requerir; (b) recuperar cualquier sobrepago realizado bajo el plan porque usted no informó sobre la otra cobertura al presentar una reclamación y el fideicomiso no consideró esa cobertura cuando realizó un pago; y, (c) reembolsar a cualquier otra organización un monto que el UABT determine como justificado, si los pagos que debieron haber sido realizados bajo el plan fueron hechos por la otra organización.

Sección 6, Derecho a la recuperación

De conformidad con la disposición para la recuperación de pagos, siempre que el UABT realice pagos respecto de los gastos cubiertos por el importe total, en cualquier momento, en exceso del importe máximo del pago necesario en ese momento para satisfacer la intención de esta sección de coordinación de beneficios, el UABT tendrá el derecho para recuperar esos pagos, en la medida de ese exceso, de una o más de las siguientes personas según la determinación que realice este plan: cualquier persona a quien o respecto de quien tales pagos se realizaron, o el representante legal de esa persona, cualquier compañía de seguros, o cualquier otra persona u organización que el plan determine que es responsable por el pago de esos gastos admisibles, y cualquier beneficio futuro pagadero al participante o a sus dependientes.

Sección 7, Coordinación de Medicare

Si es un empleado activo, de sesenta y cinco (65) años o más, de un empleador participante con más de 20 empleados, el UABT será el pagador principal de los beneficios.

Si es un empleado activo, de sesenta y cinco (65) años o más, de un empleador participante con 20 empleados o menos, el fideicomiso será el pagador secundario de los beneficios.

Si es un jubilado de un empleador participante, los beneficios del fideicomiso serán secundarios a su cobertura de Medicare.

Si usted o un dependiente calificado han adquirido el derecho para Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal, el fideicomiso será el pagador principal 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 calificado han reunido los requisitos para acogerse a Medicare debido a una discapacidad (que no sea una enfermedad renal terminal), el fideicomiso será el pagador principal si su empleador participante tiene más de 100 empleados.

Si usted o un dependiente calificado han reunido los requisitos para acogerse a Medicare debido a una discapacidad (que no sea una enfermedad renal terminal), el fideicomiso será el pagador secundario si su empleador participante tiene 99 empleados o menos.

Si usted o un dependiente calificado han reunido los requisitos para Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), el fideicomiso será el pagador principal durante los primeros tres (3) meses después del inicio de la diálisis. A partir del cuarto (4) mes después de iniciar la diálisis y hasta los treinta (30) meses, el fideicomiso será el pagador principal y Medicare será el pagador secundario. En el trigésimo cuarto (34) mes de diálisis, Medicare se convierte en el pagador principal y el fideicomiso será el pagador secundario.

Medicare puede ser el pagador principal durante el primer mes de tratamiento de diálisis si (i) el beneficiario participa en un programa de formación de diálisis en casa en un centro de formación aprobado por Medicare para aprender como hacer el tratamiento de auto diálisis en casa; (ii) el beneficiario comienza la formación de diálisis en casa antes del tercer mes de diálisis; y (iii) el beneficiario espera terminar la formación de diálisis en casa y aplicar el tratamiento de auto diálisis.

La cobertura de Medicare puede designar el mes en que el beneficiario es ingresado en un hospital aprobado por Medicare para el trasplante de riñón o para los servicios de atención de salud que se necesitan antes del trasplante si dicho trasplante tiene lugar en el mismo mes o en los dos meses siguientes.

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

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

Sección 8, Coordinación dentro del plan

Si los cargos de atención médica, odontológica u oftalmológica o de medicamentos con receta están cubiertos por dos o más planes de beneficios del fideicomiso, los beneficios se coordinarán de modo 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 del caso

El plan podrá, a su entera discreción y cuando actúe sobre una base que impida la selección individual, permitir beneficios alternativos que de lo contrario no serían pagaderos de conformidad con el plan. Los beneficios alternativos, denominados "gestión del caso", se determinarán caso por caso, y la decisión del plan de permitir los beneficios en un caso no obligará al plan a proporcionar los mismos beneficios alternativos u otros similares a la misma persona cubierta o a cualquier otra, ni se considerará que renuncia al derecho del plan a hacer cumplir estrictamente las disposiciones del plan.

La gestión del caso es un programa de gestión de costos administrado para proporcionar una derivación oportuna y coordinada a centros de atención alternativos a una persona cubierta que sufra una enfermedad o lesión catastrófica mientras esté cubierta 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 cerebro vascular (ACV o apoplejía)
- (d) Esclerosis múltiple
- (e) Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- (f) Cáncer/tumor maligno
- (g) Enfermedad coronaria/pulmonar grave
- (h) Leucemia
- (i) Traumatismo craneoencefálico grave y lesión cerebral secundaria a la enfermedad
- (j) Lesión en la médula espinal
- (k) Amputación
- (l) Fracturas múltiples
- (m) Quemaduras severas
- (n) SIDA
- (o) Trasplante
- (p) Cualquier reclamación que se espera llegue a superar los \$25.000

Cuando el gerente de caso es notificado de uno de los diagnósticos anteriores (o cualquier otro diagnóstico para el cual la gestión del caso pueda ser apropiada a discreción exclusiva del plan), el gerente de caso se pondrá en contacto con la persona cubierta para discutir el tratamiento médico actual y facilitar la atención médica futura. El gerente de caso también consultará con el médico tratante para elaborar un plan de tratamiento escrito en el que se describan todos los servicios y suministros médicos que se utilizarán, así como el entorno de tratamiento más adecuado. El plan de tratamiento puede modificarse intermitentemente a medida que cambie el estado de salud de la persona cubierta, con el acuerdo mutuo del gerente de caso, 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 otra manera bajo el plan. El nivel del beneficio para los centros de tratamiento alternativo puede ser el mismo que el nivel del beneficio hospitalario, en ausencia del programa de gestión del caso. Para todos los demás servicios y suministros, el nivel del beneficio será el mismo que el del beneficio por tratamiento médico ambulatorio, en ausencia del programa. En caso de que existan diversos contextos para el tratamiento, el Plan puede eximir de una parte del deducible o del coaseguro del Participante, siempre y cuando el Participante elija el contexto menos costos disponible para el tratamiento y siga el plan de tratamiento recomendado.

Cualquier desviación del plan de tratamiento sin la aprobación previa del gerente de caso anulará el plan de tratamiento, y todos los cargos estarán sujetos a las disposiciones regulares de este plan.

Parte VIII, Recuperación, subrogación y reembolso de terceros

Sección 1, Condición de pago

Si usted o uno de sus dependientes calificados incurren en gastos médicos, de medicamentos con receta, odontológicos y/u oftalmológicos como resultado del acto de un tercero (persona o entidad) que de otra manera habrían sido cubiertos por sus beneficios del plan del UABT y la determinación final de la responsabilidad del tercero está pendiente de un litigio, arbitraje u otros procedimientos de transacción prolongados, el UABT *puede* acordar el pago anticipado de dichos beneficios bajo un acuerdo de subrogación. En tales casos, el UABT requerirá la autorización de reembolso del participante/paciente y el acuerdo de subrogación de su parte y el reconocimiento del abogado y el asentimiento al reembolso por parte de su abogado (si se contrata uno) para otorgar 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 todo o en parte por, o como resultado de, sus propios actos u omisiones y/o los de sus dependientes, o de terceros, cuando cualquier parte, además del UABT, pueda ser responsable de los gastos derivados de un incidente, accidente y/o se disponga de otros fondos, incluyendo, sin limitación alguna, el seguro sin culpa, el de automovilista no asegurado, el de automovilista subasegurado, las disposiciones de pago médico, los bienes de terceros, el seguro de terceros y/o el de uno o más garantes 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 de edad o persona incapacitada acuerda que la aceptación del pago condicional de beneficios médicos del plan es una notificación constructiva de estas disposiciones en su totalidad y acuerda mantener el 100% del pago condicional de beneficios del UABT o la totalidad del pago de cualquier fuente o combinación de fuentes de primera y tercera parte en un fideicomiso, sin perturbación excepto para el reembolso al UABT. El UABT tendrá un gravamen equitativo sobre cualquier fondo recibido por una o más partes perjudicadas y/o su abogado de cualquier fuente y dichos fondos se mantendrán en fideicomiso hasta el momento en que las obligaciones bajo esta disposición sean totalmente satisfechas. Usted o sus dependientes aceptan incluir al UABT como cobeneficiario en todos y cada uno de los giros de la transacción. Además, al aceptar los beneficios, el o los participantes entienden que cualquier recuperación obtenida conforme a esta sección es un activo del plan en la medida del monto de los beneficios pagados por el plan y que el participante será un fiduciario sobre esos activos del plan.

En el caso de que usted o sus dependientes lleguen a una transacción, recuperen o reciban un reembolso por cualquier cobertura que resulte de la lesión de un tercero, usted o sus dependientes aceptan reembolsar al plan el cien por ciento (100%) de los beneficios pagados o que serán pagados por el UABT en nombre del o de los participantes. Cuando dicha recuperación no incluya el pago de un tratamiento futuro, el derecho del plan al reembolso se extiende a todos los beneficios pagados o que serán pagados por el plan en su nombre o en el de sus dependientes por los cargos incurridos hasta la fecha en que dicha cobertura o el tercero sean totalmente liberados de responsabilidad, incluyendo cualquier cargo que aún no haya sido presentado al plan. Si el o los participantes no reembolsan al plan con cualquier sentencia o transacción recibidos, el o los participantes serán responsables de todos los gastos (honorarios y costos) asociados con el intento del plan de recuperar dicho dinero. Nada de lo aquí expuesto se interpretará como una prohibición de que el UABT reclame el reembolso de los cargos incurridos después de la fecha de la transacción si dicha recuperación prevé la consideración de los gastos médicos futuros.

Si hay más de una parte responsable por los cargos pagados por el UABT, o pudiera ser responsable por los cargos pagados por el plan, este no estará obligado a seleccionar a una parte en particular para el reembolso adeudado. Adicionalmente, los fondos de una transacción no distribuidos previstos para compensar a múltiples partes lesionadas entre los cuales el o los participantes solamente son uno o algunos, esos fondos de la transacción no distribuidos se consideran como un fondo “identificable” al cual el plan puede solicitar el reembolso.

Sección 2, Subrogación

Como condición para participar y recibir los beneficios de este plan, usted y/o sus dependientes aceptan ceder al plan el derecho a subrogar e interponer todas y cada una de las reclamaciones, causas de acción o derechos que puedan surgir contra cualquier persona, corporación y/o entidad y cualquier cobertura a la que el o los participantes tengan derecho, independientemente de cómo estén clasificados o caracterizados, a discreción del plan, si usted o sus dependientes no interponen dichos derechos y/o acción.

Si usted o sus dependientes reciben o adquieren el derecho a recibir beneficios, se constituye un gravamen equitativo automático a favor del plan sobre cualquier reclamación, que cualquier participante pueda tener contra cualquier cobertura y/o parte causante de la enfermedad o lesión en la medida de dicho pago condicional por el plan más los costos razonables de cobro. Usted o sus dependientes están obligados a notificar al UABT o a su representante autorizado de cualquier transacción antes de la finalización de dicha transacción, el otorgamiento de una exoneración o la recepción de los fondos correspondientes. Usted o sus dependientes también están obligados a mantener en fideicomiso, en nombre del plan, todos y cada uno de los

fondos así recibidos y a funcionar como fiduciario en lo que respecta a dichos fondos hasta que se honren los derechos del plan aquí descritos y el plan reciba el reembolso.

El plan, a su sola discreción, actuando en nombre propio o en nombre de uno o más participantes, puede comenzar un procedimiento o interponer una reclamación en contra de cualquier parte o cobertura por la recuperación de todos los daños en la extensión completa del valor de cualquiera de esos beneficios o pagos condicionales anticipados por el plan.

Si uno o más participantes no interponen una reclamación ni demandan daños en contra de:

- 1) La parte responsable, su aseguradora o cualquier otra fuente en representación de esa parte.
- 2) Cualquier seguro de primera persona a través de la cobertura de pagos médicos, la protección contra lesiones personales, la cobertura sin culpa, la cobertura de automovilistas no asegurados o subasegurados.
- 3) La póliza de seguro de una compañía de seguro o fiador de una tercera persona.
- 4) La compensación para trabajadores u otra compañía de seguro de responsabilidad.
- 5) Cualquier otra fuente, inclusive, y sin limitación alguna, fondos de reparación para la víctima de un delito, cualquier pago por beneficios médicos, por incapacidad u otros beneficios, y cobertura de seguro escolar.

Los participantes autorizan al plan para interponer, demandar, comprometer y/o transigir cualquiera de esas reclamaciones a nombre de los participantes y/o del plan, y acuerdan cooperar por completo con el plan en el enjuiciamiento de cualquiera de esas reclamaciones. Los participantes ceden todos los derechos al plan o a sus cesionarios para interponer una reclamación y la recuperación de todos los gastos contra todas y cada una de las fuentes antes listadas.

Sección 3, Derecho de reembolso

El UABT tiene derecho a recuperar el 100% de los beneficios pagados o pagaderos, los beneficios incurridos que hayan sido pagados y/o serán pagados por el plan, o que hayan sido incurridos de otra manera por el o los participantes antes y hasta la liberación de la responsabilidad de la entidad responsable, según sea el caso, sin deducción de los honorarios y costos de los abogados o la aplicación de la doctrina del fondo común, la doctrina de la compensación, o cualquier otra teoría legal o equitativa similar, y sin importar si el o los participantes son totalmente compensados por su recuperación de todas las fuentes. El UABT tendrá un gravamen equitativo que sustituye a todas las normas de derecho común o estatutarias, doctrinas y leyes de cualquier Estado que prohíban la cesión de derechos que interfiera o comprometa de algún modo el gravamen equitativo del plan y el derecho al reembolso. La obligación de reembolsar al plan en su totalidad existe independientemente de cómo se clasifique la sentencia o la transacción y de si la sentencia o la transacción designan específicamente que la recuperación o una parte de ella incluye gastos médicos, de incapacidad o de otro tipo, y se extiende hasta la fecha en la que la parte responsable se libera de la responsabilidad. Si su recuperación o la de sus dependientes es inferior a los beneficios pagados, el UABT tiene derecho a que se le abone la totalidad de la recuperación obtenida. Todos los fondos recibidos por el participante se consideran mantenidos en fideicomiso constructivo y no deben ser separados ni desembolsados 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 en fideicomiso, en nombre del plan, todos y cada uno de los fondos así recibidos y a funcionar como fiduciario en lo que respecta a dichos fondos hasta que se honren los derechos del plan aquí descritos y el plan reciba el reembolso.

De la recuperación del plan no se pueden deducir los costos del tribunal, honorarios de expertos, honorarios de abogados, tarifas de presentación ni 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 verá reducido ni afectado como resultado de una falta o reclamación de su parte o de uno o más de sus dependientes ya sea bajo la doctrina de causación, falta comparativa o negligencia contributiva, ni otra doctrina similar prevista en la ley. En consecuencia, cualquier estatuto que reduzca el gravamen, que pretenda aplicar esas leyes y reducir la recuperación del plan por subrogación no será aplicable al plan y no reducirá el derecho al reembolso del plan.

Estos derechos de subrogación y reembolso serán aplicables sin considerar si el plan requiere o no un reconocimiento de estos derechos por separado y por escrito, y firmado por uno o más de los participantes.

Esta disposición no limitará cualquier otra reparación en favor del plan prevista en la ley. Estos derechos de subrogación y reembolso serán aplicables sin considerar el lugar del evento que dio lugar o generó la enfermedad, lesión, malestar o incapacidad aplicables.

Sección 4, El participante es un fideicomisario de los activos del plan

Todo participante que reciba beneficios y que, por lo tanto, esté sujeto a los términos de esta sección, se considera receptor y titular de los activos del plan y, por lo tanto, se considera fideicomisario del plan únicamente en lo que respecta a la posesión de los fondos que se puedan deber al plan como resultado de cualquier transacción, sentencia o recuperación por cualquier otro medio que surja de una lesión o accidente. En virtud de esta condición, el participante entiende que está obligado a:

- a) Notificar al plan o a su representante autorizado de cualquier transacción antes de la finalización de la transacción, el otorgamiento de una liberación o la recepción de los fondos aplicables.
- b) Dar instrucciones a su abogado para que se asegure de que el plan y/o su representante autorizado estén incluidos como beneficiarios en todos los giros de la transacción.
- c) En circunstancias en las que usted o sus dependientes no estén representados por un abogado, dar instrucciones a la compañía de seguros o a cualquier tercero de quien el participante obtenga una transacción, sentencia u otra fuente de cobertura para que incluya al plan o a su representante autorizado como beneficiario en los giros de la transacción.
- d) Mantener todos y cada uno de los fondos así recibidos en fideicomiso, en nombre del UABT, y funcionar como fiduciario en lo que respecta a dichos fondos, hasta que los derechos del plan descritos en el presente documento sean honrados y el plan reciba el reembolso.

En la medida en que usted o sus dependientes disputen esta obligación con el UABT en virtud de esta sección, el participante o cualquiera de sus agentes o representantes también están obligados a mantener todos y cada uno de los fondos de la transacción, incluyendo la totalidad de la transacción si esta es menor que los intereses del plan, y sin reducción en consideración de los honorarios de los abogados, sobre los cuales ejerce 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 los mismos, que ejerzan el control sobre los activos del plan y que incurran en la responsabilidad de fideicomisario de acuerdo con esta sección, tendrán autoridad alguna para aceptar cualquier reducción del interés del plan en su nombre.

Sección 5, Exoneración de responsabilidad

El derecho del UABT al reembolso se extiende a cualquier atención relacionada con un incidente que reciban usted o sus dependientes (“incurrida”) antes de que la parte responsable quede exonerada de responsabilidad. Por lo tanto, la obligación del o de los participantes de reembolsar al plan está vinculada a la fecha en que las reclamaciones fueron incurridas, no a la fecha en que el plan efectuó el pago. En el caso de una transacción, el participante tiene la obligación de revisar el “gravamen” proporcionado por el plan y reflejar las reclamaciones pagadas por el plan por las que solicita el reembolso, antes de llegar a una transacción y/o de otorgar una liberación de cualquier tercero responsable o potencialmente responsable, y también está obligado a informar al plan de cualquier atención relacionada con el incidente en la que se haya incurrido antes de la fecha propuesta de transacción y/o liberación, que no figure en la lista pero que se haya producido o se producirá, y por la que se solicitará el pago al plan.

Sección 6, Cobertura/seguro de exceso en beneficios de salud

Si al momento de la lesión, enfermedad, dolencia o incapacidad está disponible o potencialmente disponible una cobertura (inclusive, y sin limitación alguna, la cobertura que es resultado de un fallo en el derecho o una transacción), los beneficios amparados por este plan solamente serán aplicables como un exceso sobre esas otras fuentes de cobertura, salvo que se disponga lo contrario en la sección de coordinación de beneficios del plan.

Los beneficios del plan serán en exceso de cualquiera de los siguientes:

- a) La parte responsable, su aseguradora o cualquier otra fuente en representación de esa parte.
- b) Cualquier seguro de primera persona o beneficios de cobertura a través de la cobertura de pagos médicos, la protección contra lesiones personales, la cobertura sin culpa, la cobertura de automovilistas no asegurados o subasegurados.
- c) La póliza de seguro de una compañía de seguro o fiador de una tercera persona.
- d) La compensación para trabajadores u otra compañía de seguro de responsabilidad.
- e) Cualquier otra fuente, inclusive, y sin limitación alguna, fondos de reparación para la víctima de un delito, cualquier pago por beneficios médicos, por incapacidad u otros beneficios, y cobertura de seguro escolar.

Sección 7, Separación de fondos

Los beneficios pagados por el plan, los fondos recuperados por el o los participantes y los fondos mantenidos en fideicomiso sobre los que el plan tiene un gravamen equitativo existen de forma separada de la propiedad y el patrimonio del o de los participantes, de forma que el fallecimiento del o de los participantes o la declaración de bancarrota del o de los participantes no afectará al gravamen equitativo del plan, a los fondos sobre los que el plan tiene un gravamen ni al derecho de subrogación y reembolso del plan.

Sección 8, Homicidio culposo

En caso de que usted o sus dependientes fallezcan como consecuencia de sus lesiones y se presente una reclamación por homicidio culposo o por sobreviviente contra un tercero o cualquier cobertura, los derechos de subrogación y reembolso del UABT seguirán siendo aplicables, y la entidad que presente dicha reclamación deberá honrar y hacer cumplir estos derechos del plan y los términos por los que se pagan los beneficios en nombre del o de los participantes y todos los demás que se beneficien de dicho pago.

Sección 9, Obligaciones

Es su obligación y la de sus dependientes 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 el descubrimiento de pruebas, la asistencia a las deposiciones y/o la cooperación en el juicio para preservar los derechos del UABT.
- b) Proporcionar al UABT información pertinente relacionada con la enfermedad, dolencia, incapacidad o lesión, inclusive los reportes del accidente, información sobre la transacción y cualquier otra información adicional que sea solicitada.
- c) Tomar las medidas y otorgar los documentos que el UABT pueda requerir para facilitar la defensa de sus derechos de subrogación y reembolso.
- d) No hacer nada que perjudique los derechos de subrogación y reembolso del UABT.
- e) Reembolsar con prontitud al plan cuando reciba una recuperación a través de una transacción, fallo, laudo u otro pago.
- f) Notificar al UABT o al administrador del plan cualquier reclamación o atención relacionada con un incidente que no esté identificada dentro del gravamen (pero que haya sido incurrida) y/o solicitud de reembolso presentada por el plan o en su nombre.
- g) Notificar al UABT o al administrador del plan de cualquier transacción antes de que esta finalice.
- h) No transigir ni liberar, sin el consentimiento previo del plan, cualquier reclamación en la medida que el participante la pueda tener contra cualquier parte o cobertura responsable.
- i) Dar instrucciones a su abogado para que se asegure de que el plan y/o su representante autorizado estén incluidos como beneficiarios en todos los giros de la transacción.
- j) En circunstancias en las que usted o sus dependientes no estén representados por un abogado, dar instrucciones a la compañía de seguros o a cualquier tercero de quien usted obtenga una transacción, para que incluya al UABT como beneficiario en los giros de la transacción.
- k) Hacer esfuerzos de buena fe para evitar el desembolso de los fondos de la transacción hasta que se resuelva cualquier disputa entre el plan y el participante sobre los fondos de la transacción.

Si usted y/o su abogado no reembolsan al UABT por todos los beneficios pagados, por pagar, incurridos o que serán incurridos, antes de la fecha de exoneración de responsabilidad de la entidad correspondiente, como resultado de dicha lesión o condición, con cargo a los fondos liquidados, sentencia o transacción recibidos, 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 depende en modo alguno de la cooperación o la adhesión a estas condiciones por su parte o por sus dependientes.

Sección 10, Compensación

Si no se realiza el reembolso a tiempo, o usted, sus dependientes 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 su cantidad adeudada al UABT. Para ello, el UABT podrá rechazar el pago de cualquier beneficio médico futuro y de cualquier fondo o pago que se deba en virtud de este plan en nombre del o de los participantes por un importe equivalente a cualquier cantidad pendiente que usted deba al UABT. Esta disposición se aplica incluso si el participante ha desembolsado fondos de la transacción.

Sección 11, Estatus de minoría de edad

En el supuesto de que el dependiente lesionado sea un menor de edad como ese término está definido en la ley aplicable, los padres o el tutor designado por el tribunal del menor de edad cooperarán con todas y cada una de las acciones del UABT para solicitar y obtener la aprobación del tribunal requerida para obligar al menor y a su patrimonio en la medida que le concierne a estas disposiciones de subrogación y reembolso.

Si los padres o el tutor designado por el tribunal del menor de edad no toman esa acción, el plan no tendrá la obligación de anticipar el pago de los beneficios médicos en representación del menor. Cualquier costo del tribunal u honorarios legales asociados con la obtención de esa aprobación serán pagados por los padres o el tutor designado por el tribunal del menor.

Sección 12, Interpretación del texto

Los fideicomisarios retienen la autoridad discrecional exclusiva, completa y definitiva, para aplicar e interpretar el texto de esta disposición, para determinar todas las preguntas sobre los hechos y el derecho que surjan de esta disposición, y para administrar los derechos de subrogación y reembolso del plan respecto de esta disposición. Los fideicomisarios pueden enmendar el plan en cualquier momento sin previo aviso.

Sección 13, Divisibilidad

En el supuesto de que cualquier sección de esta disposición sea considerada inválida o ilegal por cualquier razón, esa invalidez o ilegalidad no afectará las secciones remanentes de esta disposición ni del plan. La sección será separada en su totalidad. El UABT será interpretado y aplicado como si esas secciones inválidas o ilegales nunca hubieran estado insertadas en el plan.

Parte IX, Sus beneficios del seguro de vida

Si reúne los requisitos para recibir beneficios de seguro de vida y es un empleado activo en la fecha de entrada en vigor de su cobertura, su beneficiario designado tendrá derecho a las cantidades de los beneficios que figuran en la página del baremo de beneficios del seguro de vida de este resumen de beneficios, siempre que se hayan abonado los aportes correspondientes en su nombre para el mes en que se produzca su fallecimiento.

Asimismo, debe conocer las siguientes disposiciones y limitaciones que afectan a estos beneficios. También tiene derecho a solicitar al fideicomiso un certificado de seguro que describa todas las disposiciones y limitaciones de su cobertura de seguro de vida a término de grupo.

Sección 1, Limitación de los jubilados

Si ya estaba jubilado del empleo activo en la fecha en que su cobertura entraría en vigor, no tendrá derecho al beneficio de seguro de vida y/o muerte accidental y desmembramiento.

Sección 2, Beneficiario

Todo beneficio pagadero como consecuencia de su fallecimiento se abonará al beneficiario que designe en su tarjeta de afiliación, si esta tarjeta se presenta al administrador del plan y a su empleador.

Si designa a un beneficiario distinto de su cónyuge legal, se requiere la firma de su cónyuge indicando su consentimiento a esta designación de beneficiario.

Si no ha designado 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 adultos dependientes, hijos (en cantidades iguales), padres (en cantidades iguales); o al albacea o administrador de su patrimonio, tal como lo define 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 es el único que tiene derecho a designar o cambiar de beneficiario. Puede cambiar su 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 para indicar su consentimiento al cambio. El cambio entrará en vigor en la fecha en que firme una nueva tarjeta de inscripción si el fideicomiso la recibe antes de la emisión de los beneficios.

Sección 4, Consentimiento del beneficiario

No es necesario que obtenga el consentimiento de un beneficiario anterior antes de cambiar su designación de beneficiario, a menos que elimine 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 ciertas cuotas mensuales, basadas en el importe de sus beneficios de seguro, en lugar de un pago en una sola cuota. Si su beneficiario desea esta opción, deberá ponerse en contacto con la compañía de seguros.

Sección 6, Beneficios del seguro de vida para dependientes

Sus dependientes calificados están cubiertos y los beneficios aplicables son pagaderos a usted si: (a) los beneficios del seguro de vida para dependientes están incluidos en la página del baremo de beneficios del seguro de vida; y, (b) se han pagado los aportes 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, extensión de los beneficios, para conocer las disposiciones que afectan la continuación de sus beneficios de seguro de vida si deja su empleo activo a tiempo completo por cualquier motivo que no sea su fallecimiento.

Tiene derecho a convertir su seguro de vida de grupo en una póliza de seguro de vida individual porque su empleo finaliza o porque ya no pertenece a una clase de empleados con derecho por un motivo distinto a (1) que la póliza de grupo haya finalizado; (2) que el seguro de vida para empleados bajo la póliza de grupo haya finalizado; o (3) que su empleador haya dejado de ser un empleador contribuyente. Para tener derecho a ello, debe solicitar y pagar la primera prima en un plazo de 31 días a partir de la fecha de finalización de su cobertura.

Una persona cubierta puede convertir su cobertura en un seguro de vida permanente mediante un formulario de póliza que la aseguradora emita en ese momento, sin las cláusulas adicionales opcionales, por un importe que no supere la cantidad del seguro que está terminando bajo la Póliza Maestra Global. La conversión de la cobertura no se proporcionará para el seguro de vida complementario o de AD&D. 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 el formulario y el importe del seguro elegido. No se requerirá evidencia de asegurabilidad.

Sección 8, Continuación del seguro de vida de los dependientes

Si la página del baremo de beneficios del seguro de vida y muerte accidental muestra la cobertura de seguro de vida para dependientes, puede elegir continuar con dicha cobertura mediante el pago de los aportes por cuenta propia durante cualquier periodo en el que esté totalmente incapacitado. Este privilegio finalizará si no se pagan los aportes aplicables o si se cancelan los beneficios del seguro de vida para dependientes del plan.

Parte X, Red de farmacias incluidas en los beneficios

Sección 1, Red de farmacias incluidas en los beneficios

El UABT contrata a una red de farmacias independientes y de cadenas de tiendas que se comprometen a suministrar medicamentos con receta por una tarifa establecida. El uso de estas farmacias limitará su gasto en medicamentos con receta a un copago designado que se menciona en su baremo de beneficios de gastos de medicamentos con receta o en su baremo de beneficios de gastos médicos. Consulte la Parte XI, Sección 9 para conocer los cargos por farmacia.

Sección 2, Panel de servicios farmacéuticos

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

Sección 3, Pedido de farmacia por correo

Cuando usted o su dependiente calificado deciden surtir una receta cubierta para un suministro de hasta noventa (90) días, a través del programa de pedidos por correo del UABT, pagarán un copago a la farmacia por el pedido 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 recetas de mantenimiento (a largo plazo).

Sección 4, Medicamentos especializados

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

Sección 5, Apelaciones de denegaciones / determinaciones adversas de beneficios

El PBM llevará a cabo el primer nivel de apelaciones internas de las denegaciones y/o determinaciones adversas de los beneficios de acuerdo con su baremo de beneficios de farmacia del UABT. El PBM le demostrará todos los derechos a los beneficios y las notificaciones aplicables de apelación a usted o a su dependiente calificado en relación con dicho primer nivel de apelaciones internas de acuerdo con el plan del UABT y todas las leyes federales aplicables.

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

El Coordinador de Quejas y Apelaciones del PBM revisa la información presentada por usted y se pone en contacto con el proveedor que emitió la receta del medicamento para obtener cualquier 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 al UABT de acuerdo con la Parte XV, Sección 9.

Parte XI, Beneficios del plan médico

Usted y sus dependientes calificados están cubiertos por los beneficios descritos en el baremo de beneficios de gastos médicos o el resumen de beneficios si se han efectuado los aportes correspondientes en su nombre para el mes en el que se incurre en el gasto cubierto.

Todos los beneficios descritos en el baremo de beneficios de gastos médicos o en el resumen de beneficios, como “beneficios básicos”, se pagarán por el gasto cubierto específico detallado en dicho baremo. Si la reclamación califica de conformidad con los términos del plan, tendrá la protección adicional de los beneficios médicos mayores.

Si los beneficios médicos mayores se aplican a un gasto determinado, se pagarán primero los beneficios básicos, se tomarán los copagos y cualquier deducible en efectivo aplicables, y la cantidad restante del gasto cubierto se reembolsará en el porcentaje indicado, hasta el máximo del plan médico mayor.

Los tipos específicos de servicios cubiertos se describen en las siguientes secciones, con sujeción a todas las definiciones, exclusiones y limitaciones que figuran en las demás partes de este resumen, incluidas las disposiciones indicadas en el baremo de beneficios de gastos médicos.

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 pagarán beneficios por:

- (a) Orientación matrimonial, suplementos nutricionales, salvo lo especificado en atención preventiva, gestión de dietas, terapia ocupacional no terapéutica, terapia de masajes, terapia educativa, terapia dirigida a las actividades de la vida diaria (ADL), programas comerciales de ejercicio, membresías en gimnasios, spas o clubes de salud (sin embargo, la orientación matrimonial y la orientación conductual están cubiertas cuando los servicios se prestan a través de la telemedicina).
- (b) Gastos de transporte por viajes en líneas aéreas regulares, ferrocarriles, autobuses, taxis u otros transportes comerciales, independientemente del destino o propósito, a menos que se permita como parte de nuestros beneficios de la red del panel de México, el programa de trasplante o los servicios de aborto.
- (c) La cirugía estética (tal y como se define en la Parte V, Sección 21) 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 tenía derecho bajo el plan al nacer, y/o para la cirugía reconstructiva posterior a la mastectomía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía (incluido el linfedema).
- (d) Gafas (a excepción de los servicios oftalmológicos pediátricos necesarios para cumplir los beneficios mínimos esenciales según la ACA) o audífonos; diagnóstico o corrección quirúrgica de un error de refracción, incluyendo, sin limitación alguna, 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 la cirugía 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 cirugía 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 visual puede estar cubierta si es médicamente necesaria y los servicios son prestados por un médico certificado que ejerza dentro del ámbito de su licencia.
- (e) Gastos del donante y gastos de trasplante de órganos incurridos por una persona que no es participante del UABT.
- (f) La maternidad subrogada (implantación de embriones y esperma) y la atención médica relacionada con el embarazo para la persona 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) El tratamiento médico o quirúrgico relacionado con la disfunción sexual, con la excepción indicada en la Parte XI, Sección 1, y la atención médica de afirmación del género, la medicación de transición transgénero y/o la cirugía de reasignación de género.
- (h) El uso de la terapia de la hormona del crecimiento, a menos que la deficiencia demostrada de la hormona del crecimiento haya sido médicamente justificada y se determine que es médicamente necesaria.
- (i) Entrenamiento de la marcha o terapias para las actividades de la vida diaria (ADL), con la excepción de cualquier terapia requerida para cumplir con los beneficios de salud esenciales de conformidad con la ACA.
- (j) Servicios prestados por un proveedor sin licencia o por cualquier proveedor que actúe fuera del ámbito de su licencia.

- (k) Tratamiento no quirúrgico de los pies, incluido, entre otros, el 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 pagables en las Secciones 2 a 23.
- (m) Complicaciones derivadas o relacionadas con un servicio o suministro no cubierto.
- (n) Biorretroalimentación.
- (o) Terapia génica.
- (p) Implantes de pene.
- (q) Partos en casa o trabajo de parto y alumbramiento fuera de un centro médico acreditado.

Sección 2, Cargos del hospital (internación)

El plan proporciona el reembolso de los gastos cubiertos incurridos en un centro que cumple con la definición de hospital del plan, incluyendo: (a) alojamiento y alimentación, y (b) otros servicios y suministros médicos necesarios proporcionados por el hospital durante la internación.

No se pagan 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 atención preventiva; y (e) implantes de alto costo, a menos que la reclamación del hospital incluya una factura que muestre el costo real del o de los dispositivos. Los gastos cubiertos por implantes están limitados a un máximo de 3 veces el costo real del equipo, verificado por la factura, a menos que se defina específicamente una disposición diferente para los implantes en el contrato de la red del centro.

Sección 3, Cargos del hospital (ambulatorio) y centros quirúrgicos ambulatorios

Por lo general, los gastos cubiertos incurridos en el departamento ambulatorio y/o en la sala de emergencia de un hospital están permitidos, pero los beneficios pueden estar limitados si el tratamiento no fue por una emergencia médica.

Debe tener en cuenta que se ahorra una cantidad importante de dinero cuando acude a la consulta de un médico para el tratamiento de una enfermedad rutinaria, en lugar de ir a la sala de emergencia de un hospital o a una clínica ambulatoria. Las disposiciones de su plan tienen en cuenta este hecho y pueden limitar la cobertura de los gastos hospitalarios ambulatorios no urgentes a los beneficios que se habrían pagado si hubiera acudido a la consulta del médico. Los cargos por “uso de instalaciones” no se considerarán gastos cubiertos a menos que el tratamiento haya sido por una emergencia médica, una lesión accidental o un procedimiento quirúrgico.

Los gastos cubiertos por los servicios prestados en un *centro quirúrgico ambulatorio independiente* deben cumplir con la definición del plan de cargo máximo permitido y/o tarifas usuales y acostumbradas (Parte V, Sección 87). Si se realizan dos o más procedimientos durante la misma sesión quirúrgica, el gasto cubierto se determinará sobre la base del valor total del procedimiento principal, 1/2 del valor de cualquier procedimiento secundario y 1/4 del 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 del proveedor. Los procedimientos incidentales durante la misma sesión quirúrgica no reciben contraprestación adicional.

No se permitirá ninguna contraprestación adicional para los implantes de alto costo, a menos que la reclamación del centro incluya una factura que muestre el costo del o de los 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 se defina específicamente una disposición diferente para los implantes en el contrato de la red del centro.

Sección 4, Hospital de convalecencia, centro de enfermería especializada o centro de cuidados prolongados

Los beneficios son pagaderos por la hospitalización necesaria si: (a) dichos cargos están incluidos como gastos cubiertos en el baremo de beneficios de gastos médicos; y (b) se han cumplido todas las condiciones de dicha disposición. No se pagan beneficios por cuidados de custodia, rehabilitación o mantenimiento.

Sección 5, Servicio profesional de ambulancias

Los beneficios se pagan por el transporte médicamente necesario mediante un servicio de ambulancia profesional y autorizado hacia o desde el hospital más cercano donde se pueda obtener la atención adecuada para la enfermedad o lesión que requiera tratamiento (con exclusión de los vuelos fletados).

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

Sección 6, Atención médica

Los beneficios aplicables para las consultas en el consultorio, a domicilio o en el hospital se indican en el baremo de beneficios de gastos médicos. Los beneficios también se pagan por los gastos cubiertos incurridos en relación con la cirugía, los servicios de laboratorio de diagnóstico y de rayos X y la anestesia cuando dichos servicios son prestados por un profesional que cumple con 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 por cirugía se determinarán sobre la base del valor total del procedimiento principal, 1/2 del valor de cualquier procedimiento secundario y 1/4 del 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 del proveedor. Los procedimientos incidentales durante la misma sesión quirúrgica no reciben contraprestación adicional.

El fideicomiso se reserva el derecho para determinar el valor apropiado para los procedimientos múltiples, basándose en la información presentada en el momento de la reclamación.

Los gastos cubiertos por un cirujano asistente se limitan al 20% de la asignación del cirujano principal. Si un segundo asistente es médicamente necesario, el gasto cubierto se limitará al 15% de la asignación del cirujano principal.

Un asistente quirúrgico certificado está permitido en lugar de, pero no además de, un cirujano asistente. Los gastos cubiertos de un asistente quirúrgico certificado (CSA, por sus siglas en inglés) que actúe como tal están limitados al 15% de la asignación del cirujano principal.

Los servicios quirúrgicos y de anestesia pueden estar limitados a una tabla de beneficios específica, denominada "baremo quirúrgico del plan". En ese caso, se incluye una muestra representativa del baremo para su referencia.

Sección 8, Tarifas de técnicos, laboratorios o clínicas para pruebas de diagnóstico

Los beneficios aplicables se indican en el baremo de beneficios de gastos médicos o resúmenes del plan para las radiografías y las pruebas de laboratorio de diagnóstico ordenadas por un médico y analizadas y leídas por un médico para ayudar a diagnosticar y/o tratar una enfermedad o lesión cubierta.

Sección 9, Cargos por farmacia

Los cargos de farmacia se considerarán un gasto cubierto para la compra de fármacos o medicamentos específicos que no se pueden dispensar legalmente sin una receta escrita del médico. Los beneficios aplicables a estos gastos se indican en el baremo de beneficios de gastos médicos y/o de medicamentos con receta.

Si el plan tiene un gasto de bolsillo máximo para medicamentos con receta por separado, el gasto de bolsillo máximo para medicamentos con receta combinado con el gasto de bolsillo máximo para gastos médicos no deberá superar el gasto de bolsillo máximo determinado por el gobierno federal para el año del plan.

Los beneficios de farmacia se pagan por los medicamentos anticonceptivos y los medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil. No se pagan beneficios médicos ni de farmacia para los fármacos o medicamentos con receta utilizados para mejorar el rendimiento sexual, asistir en la fertilidad, mejorar el aspecto estético o suprimir el apetito.

No se pagan beneficios por medicamentos o preparados de venta libre, vitaminas, minerales, suplementos dietéticos o cualquier otro artículo que pueda adquirirse legalmente sin una receta escrita por un médico, independientemente de que se haya emitido dicha receta, con la excepción de las vitaminas prenatales recetadas, los minerales y los suplementos dietéticos prescritos por un médico para el tratamiento durante el embarazo, excepto en la medida en que lo exija la Ley de Atención Asequible.

Sección 10, Medicamentos del formulario

Un formulario de medicamentos es una lista de medicamentos preferidos y cubiertos que se recomienda a los médicos que emiten las recetas. Si es aplicable a su baremo de beneficios de gastos de medicamentos con receta, los formularios promueven el uso de medicamentos elegidos que son igualmente efectivos y menos costosos que los medicamentos alternativos. El UABT le proporcionará una lista de los medicamentos del formulario para su plan de medicamentos con receta. 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 pudieran no estar cubiertos si están específicamente excluidos por otras disposiciones de este resumen de la descripción del plan.

Sección 11, Medicamentos, productos y dispositivos huérfanos

Un medicamento, producto, biológico, dispositivo o alimento médico huérfano 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 como un gasto cubierto después de que el medicamento, producto o dispositivo haya sido aprobado por la OOPD.

Sección 12, Servicios de enfermería

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

Los servicios de una enfermera privada con licencia en el hogar o durante la internación aprobada en un hospital de convalecencia, están cubiertos si la reclamación cumple con los requisitos para recibir beneficios médicos mayores y los servicios de la enfermera: (a) fueron ordenados por el médico; (b) fueron servicios médicamente necesarios que requieren 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 los beneficios de enfermería privada mientras el paciente esté internado en un hospital como paciente en cama registrada.

Sección 13, Gastos de cobalto, quimioterapia o radioterapia

Los gastos incurridos durante la internación en el hospital son pagaderos en el marco de los beneficios de servicios hospitalarios. Si una reclamación califica para beneficios médicos mayores, los gastos cubiertos por la cobaltoterapia, quimioterapia o radioterapia en régimen ambulatorio se pagarán con arreglo a las disposiciones aplicables de los beneficios médicos mayores.

Sección 14, Fisioterapia, logopedia y acupuntura

Los gastos de fisioterapia durante una hospitalización se considerarán pagaderos en el marco de los beneficios de servicios hospitalarios. El término "fisioterapia" incluye las terapias de rehabilitación, rehabilitación y ocupacional médicamente necesarias.

Un paciente puede remitirse por cuenta propia a un fisioterapeuta hasta un máximo de 45 días calendario /12 consultas. Los beneficios pueden estar limitados a un máximo de 30 consultas terapéuticas combinadas, según el baremo de beneficios y/o los resúmenes del plan. Cualquier consulta adicional debe contar con la prescripción de un médico y la autorización previa del UABT.

Si su reclamación califica para la cobertura, y dichos servicios no están excluidos en su plan específico (consulte su baremo de beneficios de 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 como se define en la Parte V, Sección 29) serán admisibles si el tratamiento es médicamente necesario para restablecer una función corporal deteriorada o para aliviar el dolor. Si lo realiza otro médico, el médico que lo prescribe debe supervisar su evolución de forma periódica.

No se pagan 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 niño dependiente se considera un gasto cubierto siempre que se demuestre su necesidad médica.

No se pagarán beneficios por terapia de masaje, entrenamiento de la marcha, acupuntura para otros fines que no sean el manejo del dolor, terapia ocupacional que no cumpla con la definición del plan, o terapia dirigida a mejorar las habilidades requeridas para las actividades de la vida diaria (ADL) con la excepción de aquellas terapias requeridas para cumplir con los beneficios esenciales mínimos requeridos bajo ACA. Se requiere autorización previa para los servicios de acupuntura que superen las ocho (8) consultas.

Sección 15, Suministros médicos y terapéuticos duraderos

Los gastos incurridos por suministros y equipos médicos mientras se está internado en el hospital se pagan en el marco de los beneficios de servicios hospitalarios. Si la reclamación califica para beneficios médicos mayores, los gastos cubiertos por suministros médicos necesarios, incluyendo el oxígeno, las sillas de ruedas eléctricas de modelo estándar y otros 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 su uso en el tratamiento del paciente, y no para el 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 tarifa de alquiler por el número de meses de uso que el médico certifique como médicamente necesario;
- (d) el gasto cubierto por el alquiler no excederá el importe del gasto máximo permitido del plan para la compra del equipo;
- (e) si el artículo no es alquilable, debe tratarse de un artículo especial que no se puede obtener en una farmacia normal o tienda por departamentos.

No se pagan beneficios por jacuzzi, spa, sauna, barras u otros equipos de ejercicio en el hogar, unidades de aire acondicionado en el hogar, rampas u otras modificaciones en el edificio del hogar para facilitar el acceso de la silla de ruedas, accesorios de lujo, diseños de lujo o accesorios motorizados, aparatos ortopédicos para los pies, equipos de bronceado, artículos para la comodidad personal, sillas con inodoro, dispositivos para ayudar a la higiene personal o cualquier otro artículo similar, independientemente de su prescripción o propósito.

Sección 16, Dispositivos protésicos

Si la reclamación califica como beneficio médico mayor, los gastos cubiertos incluirán: (a) la prótesis inicial para el reemplazo de un miembro u ojo extirpado mientras el paciente tenía derecho bajo el plan; (b) una prótesis inicial necesaria para corregir una deformidad congénita de un niño y prótesis de reemplazo 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 otra reclamación.

Los gastos cubiertos para el tratamiento de los trastornos del espectro autista, incluyendo, entre otros, al análisis conductual aplicado, se limitarán a los hijos dependientes tal y como se define en la Parte I, Sección 4.

No se pagan beneficios por: (a) orientación matrimonial o familiar, o (b) modificación de la conducta, terapia educativa o cualquier otra terapia dirigida a los problemas de aprendizaje, sin embargo, algunos beneficios de salud conductual pueden estar disponibles a través del programa de telemedicina del UABT.

Sección 18, Servicios de atención médica domiciliaria

Los gastos cubiertos por los servicios de atención médica domiciliaria incluyen la atención de enfermería especializada por parte de una RN o LVN, pruebas de laboratorio y/o radiografías de diagnóstico, suministros médicos, medicamentos recetados y fisioterapia que habrían 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 cuando la esperanza de vida se aproxima 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 de la estadía hospitalaria en relación con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal normal, o a menos de 96 horas después de una cesárea, ni exige que un proveedor obtenga autorización del plan para prescribir una estadía que no supere los periodos mencionados.

Sección 21, Información genética

La Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA, por sus siglas en inglés) hace que sea ilegal que los planes de salud de grupo y la mayoría de los empleadores discriminen en su contra basándose en su información genética. El UABT no solicita información genética, ni utiliza su información genética al tomar decisiones sobre su calificación o tasas de aporte/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 del médico; pruebas de detección y asesoramiento del médico para infecciones de transmisión sexual, VIH, pruebas de Papanicolaou 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

Los gastos cubiertos incluyen las pruebas genéticas que son médicamente necesarias para el diagnóstico (cuando los procedimientos de diagnóstico convencionales no son concluyentes); si los factores de riesgo del paciente o un determinado historial familiar indican una causa genética; cuando el paciente cumple con los criterios definidos que lo sitúan 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 es realizada por un laboratorio con certificación CLIA; el resultado de la prueba influirá directamente en el manejo del tratamiento de la enfermedad; y si la prueba va acompañada de asesoramiento previo y posterior a la misma. 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 de células falciformes y otras hemoglobinopatías; con fines informativos; menores de edad 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 Asequible (ACA) de ofrecer cobertura dentro de la red para ciertos servicios preventivos sin costo compartido. 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, por sus siglas en inglés), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) y los Centros Federales para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Consulte los siguientes sitios web para obtener más detalles:

- a) [https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/;](https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/)
- b) [https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/;](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;
- 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/.](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 al médico tratante determinar cuáles servicios se deben prestar; el administrador del plan tiene la autoridad para determinar cuáles servicios se cubrirán. Los servicios de atención preventiva se cubrirán al 100% para los proveedores fuera de la red si no hay un proveedor de la red que pueda proporcionar un servicio preventivo requerido. Los beneficios incluyen servicios de atención preventiva específicos para cada 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 Asequible, los beneficios están disponibles para los artículos o servicios basados en la evidencia que tienen en efecto una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).

Vacunas que tienen en vigor una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) con respecto a la persona en cuestión. En relación a los bebés, niños y adolescentes, la atención preventiva y las pruebas de detección basadas en evidencia, tal y como se establece en las directrices integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).

- a) **Servicios preventivos para la mujer:** con respecto a las mujeres, la atención preventiva y las pruebas de detección adicionales previstas en las directrices integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) que no se contemplan de otro modo en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), que se conocerán comúnmente como las Guías de Cobertura de los Planes de Salud de Servicios Preventivos Obligatorios 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) Consultas de mujer sana.
- 2) Cribado de la diabetes gestacional.
- 3) Pruebas de ácido desoxirribonucleico (ADN) del virus del papiloma humano (VPH).
- 4) Orientación sobre infecciones de transmisión sexual.
- 5) Detección y orientación 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 orientación.
- 8) Detección de la violencia doméstica y orientación.

Puede encontrar una descripción de los servicios preventivos para la mujer en: <http://www.hrsa.gov/womensguidelines/>

Sección 25, Costo rutinario del paciente por su participación en un ensayo clínico aprobado

Los cargos por cualquier servicio médicamente necesario, para el cual el plan proporciona beneficios, cuando un participante es parte de un ensayo clínico de fase I, II, III o IV, realizado en conexión con la prevención, detección o tratamiento de una enfermedad o afección que amenaza la vida, según la definición de la ACA, siempre que:

- 1) El ensayo clínico esté aprobado por cualquiera de los siguientes:
 - a) Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
 - b) El Instituto Nacional de Salud.
 - c) La Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.

- d) El Departamento de Defensa de los EE. UU.
 - e) El Departamento de Asuntos de los Veteranos de los EE. UU.
 - f) Una junta de revisión institucional de una institución que tiene un acuerdo con la Oficina para la Protección de Seres Humanos en Estudios de Investigación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
- 2) La institución de investigación que lleva a cabo el ensayo clínico aprobado y cada profesional de la salud que proporciona atención rutinaria a los pacientes a través de la institución, se comprometen a aceptar el reembolso del gasto permitido aplicable, como pago total por la atención rutinaria al paciente proporcionada en relación con el ensayo clínico aprobado.

Los siguientes conceptos están excluidos de la cobertura de los ensayos clínicos aprobados por este plan:

- 1) El costo de un medicamento o dispositivo nuevo en investigación que no esté aprobado para ninguna indicación por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU., incluido un medicamento o dispositivo que sea objeto de un ensayo clínico aprobado.
- 2) El costo de un servicio que no sea un servicio de atención de salud, independientemente de que el servicio sea necesario en relación con la participación en un ensayo clínico aprobado.
- 3) El costo de un servicio que es claramente incompatible con las normas de atención ampliamente aceptadas y establecidas para un determinado diagnóstico.
- 4) Un costo asociado a la gestión de un ensayo clínico aprobado.
- 5) El costo de un servicio de atención de salud que está específicamente excluido por el plan.
- 6) Servicios que forman parte del objeto del ensayo clínico aprobado y que son habitualmente pagados por 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 debe participar en el ensayo clínico aprobado a través de un proveedor de la red participante, si el proveedor aceptará al participante en el ensayo.

El plan no cubre los servicios de atención al paciente de rutina que se prestan fuera de la red de proveedores de atención médica de este plan, a menos que los beneficios fuera de la red se proporcionen de otra manera en 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 con receta aprobados por la FDA. Los gastos cubiertos se limitan a dos (2) sesiones en 12 meses consecutivos.

Sección 27, Trasplantes

Los gastos permitidos incurridos por procedimientos de trasplante cubiertos durante el periodo de beneficios de trasplante de un participante o dependiente calificado serán pagados siempre que:

Usted o su dependiente llamen al Departamento de Atención al Socio 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 utiliza un Centro de Excelencia (a menos que la Organización de Revisión Médica apruebe otra alternativa), se aplicarán los beneficios fuera de una PPO a toda la atención relacionada con el trasplante del órgano.

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 de un acompañante hacia 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 costos de alojamiento y comida razonables y necesarios en los que incurran dichos acompañantes durante el tiempo que dure el trasplante, con la salvedad de que existe un límite diario de \$200 para todos los costos de alojamiento y comida. El pago total de todos los costos de transporte, alojamiento y comidas de todas las personas para el procedimiento de trasplante no superará los \$5.000.
- (b) Alojamiento 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 registrada (R.N.) o de una enfermera practicante titulada (L.P.N.)
- (e) Alquiler de sillas de ruedas, camas de tipo hospitalario y otros equipos mecánicos necesarios para el tratamiento de las deficiencias respiratorias.

- (f) Servicio local de ambulancia, medicamentos, radiografías y otros servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio, oxígeno.
- (g) Terapia de rehabilitación, incluyendo la logopedia (no para el entrenamiento de la voz o el ceceo), la terapia auditiva, la terapia visual, la terapia ocupacional y la fisioterapia.
- (h) Apósitos y material quirúrgico.
- (i) Se proporcionarán los beneficios del plan a un donante de órganos para los gastos cubiertos incurridos por un participante calificado del UABT, 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 por 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 pagará ningún beneficio por (i) órganos animales y/o mecánicos, salvo lo dispuesto anteriormente; (ii) cualquier gasto incurrido por el que no tendría que pagar legalmente si no hubiera cobertura beneficios; (iii) cuidados supervisados; (iv) si usted o su dependiente pierden la cobertura del plan; (v) cualquier trasplante de órganos o tejidos necesario como resultado 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 participante o dependiente calificado serán pagados siempre que:

Usted o su dependiente llamen al Departamento de Atención al Socio del UABT para determinar si el aborto es legal en su estado de residencia. Si el aborto electivo no es legal en su estado de residencia o en el de su dependiente, se le facilitará el traslado 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 resultado de un aborto electivo cubierto para usted o su dependiente:

- (a) Alojamiento 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 registrada (R.N.) o de una enfermera practicante 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 de residencia o en el de su dependiente, se cubrirá el transporte para dos personas (la paciente y un acompañante). Se requiere referencia y autorización para viajar al estado más cercano. Se incluyen los costos de alojamiento y comida razonables y necesarios, con la salvedad de que existe un límite diario de \$200 para todos los costos de alojamiento y comida. El pago total de todos los costos de transporte, alojamiento y comidas de todas las personas para el procedimiento no superará los \$5.000.

Sección 29, Terapia de reemplazo hormonal

Terapia de reemplazo hormonal (HRT, por sus siglas en inglés) con hormonas sintéticas, de origen animal o bioidénticas administradas mediante cualquier método médicamente necesario. Los servicios cubiertos incluyen las pruebas y análisis necesarios para determinar el tratamiento adecuado.

Parte XII, Beneficios del plan odontológico

Esta sección debe utilizarse en conjunto con su baremo de beneficios de gastos odontológicos bajo su plan odontológico elegido. Los beneficios odontológicos están disponibles por los cargos cubiertos incurridos por los participantes calificados del plan. El pago del plan se limitará al importe máximo permitido y/o a los máximos de beneficios definidos en el baremo de gastos odontológicos.

Sección 1, Deducible

Su deducible figura en su baremo de beneficios de gastos odontológicos. Se requiere cumplir con este importe de deducible para cada miembro calificado de la familia por año calendario. El deducible es el importe del gasto cubierto en el que se debe incurrir antes de que los beneficios sean pagaderos. Los cargos que no se consideran gastos cubiertos no pueden utilizarse para satisfacer el deducible.

Sección 2, Porcentaje a pagar

Su porcentaje a pagar figura en su baremo de beneficios de gastos odontológicos. Es el porcentaje del gasto cubierto pagadero una vez satisfecho el deducible aplicable.

Sección 3, Máximo del plan

Su importe máximo del plan figura en su baremo de beneficios de gastos odontológicos. Este importe de gastos cubiertos es el total de los beneficios pagaderos durante un año calendario.

Sección 4, Procedimientos odontológicos alternativos

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

Sección 5, Servicios odontológicos preventivos

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

- (a) Exámenes y rutina de limpieza: Exámenes bucales rutinarios y limpieza y pulido rutinarios de los dientes. Límite a dos (2) en un período de doce (12) meses.
- (b) Flúor: Aplicación tópica de fluoruro de estaño o de sodio. Puede estar limitado a menores de 19 años. Consulte su baremo de beneficios de gastos odontológicos para obtener más información.
- (c) Paliativos: Tratamiento de emergencia para el alivio del dolor dental.
- (d) Profilaxis: Consulte "exámenes y rutina de limpieza".
- (e) Sellantes: Aplicación de sellantes en los hoyos 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 molares permanentes sin caries ni restauraciones previas. Puede estar limitado a menores de 18 años. Consulte su baremo de beneficios de gastos odontológicos para obtener más información.
- (f) Radiografías: Radiografías de "toda la boca" una (1) cada treinta y seis (36) meses (cada veinticuatro (24) meses para menores de 18 años) y radiografías rutinarias de mordida dos (2) series cada doce (12) meses.

Sección 6, Servicios odontológicos básicos

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

- a) Anestesia: Anestesia general cuando se administra en relación con una cirugía bucal 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 mismo, (los planes que he administrado cubren la sedación intravenosa y el óxido nitroso).
- b) Coronas de restauración
- c) Coronas de acero inoxidable
- d) Sustitución de una corona, si la corona existente tiene al menos cinco (5) años y no puede ser reparada. Consulte "odontología estética" 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: Consulte "cirugía bucal".
- g) Empastes, SIN metales preciosos: restauraciones de amalgama, silicato, compuesto y plástico, incluyendo los pernos para retener una restauración de obturación cuando sea necesario. Nota: Para los dientes posteriores (detrás) del segundo premolar, se tendrá en cuenta la obturación con amalgama. Consulte "odontología estética" en la lista de **limitaciones y exclusiones odontológicas**.
- h) Inyecciones: Inyección de antibióticos.
- i) Cirugía bucal. Extracción de dientes, incluyendo las extracciones simples y la extracción quirúrgica de dientes impactados por hueso o tejido. Otros tratamientos quirúrgicos y accesorios de la afección, lesión y defectos de la cavidad bucal y las estructuras asociadas. Cubrimos las extracciones de las muelas del juicio en virtud de la necesidad médica.
- j) Patología: Servicios de laboratorio requeridos 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) Volver a cementar: Volver a cementar una corona, relleno, puente o dentadura postiza.
- m) Consultas no rutinarias: Visitas al consultorio durante el horario habitual para el tratamiento y la observación de lesiones en dientes y estructuras de soporte. Consultas profesionales fuera del horario de atención.
- n) Radiografías: Radiografías dentales no incluidas en la atención preventiva.

Sección 7, Servicios odontológicos mayores

Los servicios odontológicos mayores se detallan en su baremo de beneficios de gastos odontológicos y pueden incluir:

- a) Coronas pilares.
- 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) Recubrimientos y restauraciones en oro: Colocación inicial de un relleno, recubrimiento o empaste de oro cuando un diente no puede ser restaurado satisfactoriamente con un empaste menos costoso (por ejemplo, amalgama). Sustitución de un relleno, recubrimiento o restauración de oro, si la restauración existente tiene al menos cinco (5) años y no puede ser reparada. Consulte "odontología estética" en la lista de limitaciones y exclusiones odontológicas para conocer las restricciones sobre restauraciones con el "color del diente".
- d) Dispositivos protésicos: Colocación inicial de una dentadura postiza total o parcial o de un puente para sustituir uno o más dientes naturales extraídos mientras la persona está cubierta por este plan. Toda asignación para prótesis incluye los ajustes necesarios en el plazo de un (1) año desde su colocación. Sustitución o adición de dientes a una dentadura postiza total o parcial o a un puente, pero solo 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 por este plan; b) la dentadura postiza o puente existente no puede ser reparado y tiene al menos cinco (5) años de antigüedad; o c) la dentadura postiza existente es una dentadura postiza temporal inmediata para sustituir uno (1) o más dientes naturales y es necesaria 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: Reparar una corona, relleno, puente o dentadura postiza o realinear la dentadura. Ajustes protésicos, pero solo para servicios prestados más de seis (6) meses después de la colocación.

Sección 8, Ortodoncia

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

- a) consulta inicial, modelos, radiografías y otros servicios de diagnóstico;
- b) bandas iniciales o colocación 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 cuotas iguales, con base en el número estimado de meses de tratamiento, y se abonarán a lo largo del periodo de tratamiento a medida que se presenten pruebas de que el tratamiento continúa. El beneficio máximo por servicios de ortodoncia se indica en los "máximos del plan" del baremo aplicable de los beneficios de gastos odontológicos. Este máximo se aplica a todo el periodo o periodos en que una persona esté cubierta por el presente plan. Puede estar limitado a menores de 19 años. Consulte su baremo de beneficios de gastos odontológicos para obtener más información.

Límites y exclusiones odontológicas

Salvo que se indique específicamente, no se pagará ningún beneficio en virtud de este plan por:

- (a) Servicios prestados para la recolocación quirúrgica de la mandíbula o únicamente por motivos estéticos.
- (b) Sustitución de un puente o dentadura postiza dentro de los 5 años siguientes a la fecha de instalación original por cualquier motivo, incluida la pérdida o el robo, a menos que:
 - i. Sea necesario debido a la colocación de un nuevo aparato contrario;
 - ii. Se deba a la extracción de un diente natural adicional; o,
 - iii. El aparato, mientras estaba en la boca del paciente, resultó dañado sin posibilidad de reparación por una lesión accidental.
- (c) Sustitución de cualquier puente o dentadura postiza que sea satisfactoria o pueda hacerse satisfactoria.
- (d) Cualquier aparato o restauración, excepto dentaduras completas, cuya finalidad principal sea cambiar la posición de los dientes, estabilizar 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 educación dietética.
- (g) Cargos por la no asistencia de un paciente a una cita programada o por la cumplimentación de formularios de reclamación.
- (h) Cargos por servicios odontológicos por los que la persona cubierta no está legalmente obligada a pagar.
- (i) Cargos por servicios o suministros odontológicos que estén cubiertos por cualquier otro plan de grupo, cubiertos o patrocinados por el empleador.
- (j) Cualquier cuidado, servicio de tratamiento o suministros para una lesión o enfermedad sufrida mientras se realiza 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 para Trabajadores o cualquier ley similar.
- (l) Cualquier cuidado, tratamiento, servicio o suministro derivado 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 agravada por una guerra o un acto de guerra, declarada o no.
- (o) Servicios prestados para la corrección de malformaciones congénitas o del desarrollo.
- (p) Cargos de realineación o rebasado de una dentadura postiza/parcial dentro de los seis (6) primeros meses tras la colocación del aparato.
- (q) Cargos por tratamientos adicionales necesarios por la falta de cooperación del paciente con el dentista, o el incumplimiento de los cuidados dentales prescritos, que dan lugar a una responsabilidad adicional.
- (r) Ajuste de 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 un diente faltante.
- (t) Cargos por caracterización de coronas, dentaduras o puentes.
- (u) Cargos por revestimientos, carillas o material similar colocados 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 para desensibilizar.
- (y) Cargos por servicios que implican trasplantes de dientes.

Parte XIII, Beneficios del plan oftalmológico

Esta sección debe utilizarse en conjunto con su baremo de beneficios oftalmológicos bajo su plan oftalmológico elegido. Los beneficios oftalmológicos están disponibles por los cargos cubiertos incurridos por los participantes calificados del plan. El pago del plan se limitará al importe máximo permitido y/o a los máximos de beneficios definidos en el baremo de gastos oftalmológicos.

El plan de atención oftalmológica utiliza la red VSP de médicos y proveedores que brindan los servicios oftalmológicos necesarios a un costo mínimo para usted. Para encontrar un proveedor participante en su área, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de VSP al 1-800-877-7195.

Después de cualquier copago aplicable, el proveedor participante aceptará las tarifas como pago total por el saldo de los servicios cubiertos. Si decide no acudir a un proveedor participante, el importe del beneficio para cada servicio se indica en su baremo de beneficios oftalmológicos.

Sección 1, Importe del copago oftalmológico

Su copago figura en su baremo de beneficios oftalmológicos.

Sección 2, Importe máximo del beneficio oftalmológico

Su importe máximo figura en su baremo de beneficios oftalmológicos.

Sección 3, Beneficios del plan oftalmológico

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

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

Lentes de contacto: (cada 12 meses) Los lentes de contacto están disponibles una vez cada 12 meses en lugar de todos los demás beneficios de lentes y monturas disponibles en este plan. Cuando se obtengan lentes de contacto, la persona cubierta no tendrá derecho de nuevo a lentes y monturas durante 12 meses. Consulte su baremo de beneficios oftalmológicos para conocer la cobertura de los lentes necesarios y electivos. Es posible que se aplique un copago.

Monturas: (cada 24 meses). Ofrece una selección de monturas estándar. Si elige una montura más cara que la estándar, o una montura grande que requiera lentes de gran tamaño, se le cobrará un cargo adicional.

DISPOSICIONES DEL PLAN

Costos extras: El plan está diseñado para cubrir sus necesidades oftalmológicas, no materiales cosméticos. Si usted selecciona cualquiera de los siguientes productos y su proveedor participante de VSP no recibe aprobación previa, puede haber un cargo extra para usted y puede agregarse a su elección:

- Tratamientos cosméticos opcionales.
- Revestimiento antirreflejo.
- Revestimiento de color.
- Revestimiento de espejo.
- Revestimiento contra rayones.
- Lentes multifocales.
- Lentes cosméticos.
- Lentes laminados.

- Lentes extra grandes.
- Lentes de policarbonato.
- Lentes fotocromáticos, lentes tintados excepto Rosa #1 y Rosa #2.
- Lentes multifocales progresivos.
- Lentes con protección UV (ultravioleta).
- Ciertas limitaciones en la atención a la baja visión.
- Una montura que cueste más de la asignación del plan.
- Lentes de contacto (salvo lo indicado en otra sección de este plan).
- Servicios y/o materiales no indicados en su baremo de beneficios oftalmológicos.

Experimental: Un tratamiento de naturaleza experimental es aquel que no se utiliza universalmente o no es aceptado por la profesión oftalmológica, según lo determine VSP.

Autorización previa: Ciertos beneficios requieren autorización previa de VSP antes de que dichos beneficios sean cubiertos. Si desea obtener más información sobre los criterios de VSP para autorizar o denegar beneficios, puede comunicarse con el Departamento de Atención al Cliente de VSP al 1-800-877-7195.

Cómo utilizar su programa de servicios oftalmológicos

Las reclamaciones por atención oftalmológica corren a cargo de Vision Service Plan, P.O. Box 254500, Sacramento, CA 95865. Sin embargo, para utilizar el plan correctamente, usted debe:

1. Llamar a Vision Service Plan para obtener un listado de los médicos afiliados al 1-800-877-7195.
2. Seleccionar un médico afiliado y concertar una cita. Dentro de los límites del plan, usted deberá pagar el copago del plan por todos los servicios prestados por un proveedor participante del VSP.

Límites y exclusiones oftalmológicas

No se concederán beneficios oftalmológicos por:

- (a) **Servicios necesarios para el empleo:** Cualquier examen de la vista o gafas correctoras que exija un empleador como condición de empleo.
- (b) **Cargos excluidos:** Cargos excluidos o limitados por el diseño del plan, tal como se indica en este documento.
- (c) **Cambio sin receta:** Gafas adquiridas cuando la graduación de los lentes no ha cambiado.
- (d) **Atención no profesional:** Un examen visual realizado por una persona que no es un oftalmólogo u optometrista con licencia.
- (e) **Lentes sin receta:** Lentes que no corrigen el defecto de refracción (lentes planos) o que no se obtienen por prescripción de un oftalmólogo, optometrista u óptico.
- (f) **Ortóptica:** Servicios o suministros relacionados con la ortóptica, el entrenamiento visual u otros procedimientos especiales.
- (g) **Queratotomía radial/ cirugía Lasik/ otra cirugía de corrección refractiva:** Cirugía para corregir defectos de refracción.
- (h) **Reemplazo:** Reemplazo de lentes o monturas perdidos o rotos.
- (i) **Gafas de sol:** Gafas de sol o lentes fotosensibles.
- (j) **Entrenamiento:** Cargos de entrenamiento visual o ayudas para la visión subnormal.
- (k) **Faltar a las citas**
- (l) **Sin obligación de pago:** Cargos incurridos por los que el plan no tiene la obligación legal de pagar.
- (m) Lentes de seguridad y gafas de seguridad.
- (n) Ortóptica o entrenamiento visual y cualquier prueba complementaria asociada; lentes planos (corrección inferior a $\pm 0,50$ dioptrías); o dos pares de gafas en lugar de bifocales;
- (o) Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos;
- (p) Tratamiento correctivo de la visión de carácter experimental;
- (q) Costos de servicios y/o materiales superiores a la asignación de los beneficios del plan.

Parte XIV, Reclamaciones de beneficios

Sección 1, Cómo presentar una reclamación por beneficios médicos, de medicamentos con receta, odontológicos u oftalmológicos

El administrador del plan, quien tiene la autoridad final para administrar el plan, adjudicará las reclamaciones tras una revisión completa y justa de acuerdo con los términos del UABT y la legislación aplicable.

Para presentar una reclamación:

- 1) Lleve su tarjeta de identificación del UABT al hospital, al médico o al dentista.
- 2) No se requiere ningún formulario de reclamación especial del UABT. Usted o su proveedor pueden enviar cualquier formulario de reclamación estandarizado o factura médica utilizada por el consultorio del proveedor directamente al Departamento de Reclamaciones del UABT o a su Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) para su procesamiento. Las facturas aceptables incluyen cualquier formulario que indique 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 participante cubierto.
- 3) Puede optar por obtener un formulario de reclamación del UABT de su empleador, del representante local del servicio o de la oficina del fideicomiso antes de acudir al hospital o al médico. En este caso, debe rellenar la sección de este formulario de reclamación en su *totalidad*, según corresponda a su reclamación, firmar la autorización para revelar información en el formulario y dejarlo en el consultorio de su proveedor para que lo presente con su reclamación.
- 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 una "cesión de beneficios", el UABT la considerará como su autorización para remitir el pago directamente a su proveedor de atención de salud. El UABT remitirá el pago directamente a su proveedor si usted lo autoriza, pero el plan del UABT no permite ni reconoce ninguna cesión de reclamaciones o derechos legales de ningún proveedor de atención de salud para interponer una acción legal contra el UABT.
- 5) Usted, o el proveedor, pueden adjuntar cualquier factura adicional a la reclamación si cada factura indica claramente el nombre del paciente, las fechas de cada servicio, lo que se hizo en cada fecha, la tarifa de cada servicio y el diagnóstico correspondiente. Las facturas que usted haya pagado en su totalidad deben estar claramente marcadas para evitar errores de reembolso.
- 6) Es posible que usted o el proveedor deban presentar una prueba escrita de que los gastos se produjeron o de que los beneficios están cubiertos por el plan. Si usted o el proveedor no nos facilitan la documentación proporcionada, la reclamación puede ser denegada.
- 7) La confirmación del derecho o la confirmación de los beneficios por parte de un proveedor no garantiza el pago de los beneficios. Todas las reclamaciones están sujetas a las disposiciones, limitaciones y exclusiones del plan. Las declaraciones y representaciones orales no anulan las disposiciones del plan.
- 8) Las facturas de los medicamentos con receta deben mostrar el nombre del paciente, la fecha de compra, el nombre del médico que los prescribe y el nombre del medicamento. No se aceptan los recibos de caja registradora.

Sección 2, Procedimientos de reclamación

En el caso de las reclamaciones posteriores al servicio, el UABT tramitará sus reclamaciones en un plazo razonable, pero no más de treinta (30) días después de recibir la reclamación. Este plazo podrá prorrogarse hasta quince (15) días en el caso de que sea necesaria información y/o documentación adicional para respaldar la reclamación. Si dicha prórroga es necesaria, el UABT indicará específicamente la información necesaria para decidir la reclamación 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 las reclamaciones de salud

Se enviará un cheque, o una explicación de beneficios (EOB), lo antes posible después de recibir su reclamación. Si sus beneficios fueron cedidos a un proveedor de servicios, se le notificará la liquidación en el momento en que se envíe el cheque al proveedor. El pago de los beneficios puede retrasarse si no se recibe toda la información necesaria con la reclamación o si esta no incluye las facturas detalladas. Los pagos caducan a los 180 días si no son cobrados por el proveedor o el participante. Un proveedor o participante puede solicitar que se vuelva a emitir un pago caducado en el plazo de un (1) año a partir de la fecha del pago original. Solo se concederá la reemisión del pago por una (1) vez. 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 para el tratamiento. Una factura del tipo “saldo a pagar” o “saldo diferido” no está desglosada y no puede ser procesada para su pago.

Si la factura es de un medicamento con receta, debe 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 registradora.

La “información necesaria” incluye su nombre completo tal y como figura en los registros de afiliados del fideicomiso, su fecha de nacimiento, el número de identificación del UABT y su dirección actual. Si la reclamación es para uno de sus dependientes, también debe indicarse el nombre del dependiente, su fecha de nacimiento y su relación con usted.

Cuando el pago de los beneficios se vea afectado, la “información necesaria” puede incluir además: (a) prueba de que el servicio fue ordenado por un médico, (b) información sobre el pago realizado por otro plan de beneficios, (c) detalles de un accidente, (d) información sobre la responsabilidad de terceros, y (e) registros médicos, dentales o de empleo.

Sección 4, Reclamaciones del seguro de vida y muerte accidental / desmembramiento

La compañía de seguros que ha suscrito el baremo de beneficios de seguro de vida del fideicomiso paga las reclamaciones de beneficios por fallecimiento o desmembramiento. Sin embargo, para evitar retrasos en la tramitación de las reclamaciones, deben seguirse los siguientes pasos a la hora de reclamar estos beneficios:

- (a) El beneficiario designado o el representante del patrimonio hereditario del difunto debe ponerse en contacto con el Departamento de Atención al Socio del UABT (1-800-223-4590) para obtener los formularios de reclamación 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 de la reclamación.

Sección 5, Plazos para la presentación de reclamaciones

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

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

Sección 6, Procedimiento por la denegación de reclamaciones médicas, de medicamentos con receta, odontológicas u oftalmológicas

Toda reclamación de beneficios de acuerdo con el plan debe hacerse por escrito al Departamento de Reclamaciones del UABT. Si se deniega total o parcialmente una reclamación de beneficios médicos, de medicamentos con receta, oftalmológica u odontológica, el Departamento de Reclamaciones le notificará la acción que se está llevando a cabo sobre la reclamación.

Si una denegación es necesaria, esta deberá: (a) notificarse por teléfono en el caso de procedimientos urgentes o por escrito en el caso de reclamaciones ya incurridas; (b) hacerse por escrito, de forma que pueda ser entendida por el ciudadano promedio; (c) contener el motivo específico de la denegación de la reclamación; (d) enviarse dentro de los plazos establecidos por la ley; y (e) incluir una explicación del procedimiento de revisión de reclamaciones.

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 toma una determinación adversa de beneficios, el UABT proporcionará una notificación adecuada de la decisión.

Sección 8, Procedimientos de revisión y apelación por la denegación de medicamentos con receta

Si se deniega total o parcialmente una reclamación por medicamentos con receta, usted tiene derecho a apelar esta decisión ante la red de farmacias incluidas en los beneficios (PBN, por sus siglas en inglés) del UABT. Este proceso de apelación consistirá en una revisión y evaluación completa y exhaustiva de la denegación del medicamento.

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

Sección 9, Procedimientos para la revisión y apelación de las reclamaciones médicas, de medicamentos con receta, odontológicas u oftalmológicas denegadas

- 1) Si una reclamación de beneficios es denegada total o parcialmente o si hay una determinación adversa de beneficios, usted, o un representante de su elección, puede solicitar una revisión de la decisión dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a 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 hacerse por escrito y dirigirse 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. Debe indicar el motivo por el que solicita la revisión e incluir cualquier información adicional que pueda ayudar al Comité de Apelaciones a evaluar su reclamación.
- 3) Una vez revisada la reclamación, si se revoca la denegación, la reclamación en cuestión se pagará de acuerdo con las disposiciones del plan.
- 4) Una vez revisada la reclamación y confirmada la denegación, el Comité de Apelaciones del UABT: (1) le notificará por escrito en un plazo de setenta y dos (72) horas en el caso de autorizaciones que impliquen atención urgente; quince (15) días en el caso de otras autorizaciones; y, sesenta (60) días en el caso de reclamaciones de salud posteriores al servicio. La notificación de denegación incluirá una copia de las disposiciones específicas del plan que afecten a la denegación; y (3) le informará cómo presentar una apelación ante el Consejo Directivo; le proporcionará pruebas o fundamentos nuevos o adicionales y una oportunidad razonable para responder a ellos antes de tomar una decisión definitiva sobre la reclamación.
- 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 Directivo dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la recepción de los resultados de la revisión del Comité de Apelaciones del UABT. La apelación por escrito debe incluir: (1) su nombre, dirección y número de identificación del UABT; (2) el nombre del paciente; (3) el número de reclamación 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 en apoyo de esos hechos.
- 6) Toda apelación debe dirigirse al Consejo Directivo, c/o United Agricultural Benefit Trust, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606-5105, a la atención del Asesor del fideicomiso.
- 7) La consideración del Consejo Directivo se basará en su declaración escrita, a menos que solicite una audiencia formal. Si solicita una audiencia, esta se llevará a cabo en la siguiente reunión programada del Consejo Directivo en el lugar previsto para la misma, previa notificación por escrito a todas las partes con 10 días de antelación. Aunque no es necesario, usted puede estar representado por un abogado de su elección en la audiencia.
- 8) El Consejo Directivo tiene plena autoridad discrecional para interpretar el plan y tomar decisiones sobre el cumplimiento de los requisitos y el pago de las reclamaciones. A continuación, los administradores realizarán una evaluación completa y justa de la apelación y basarán su decisión en la información disponible en el momento del examen.
- 9) El Consejo Directivo, a través del Asesor Legal 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 las reclamaciones de salud después de que se haya revisado la apelación. La decisión final de los administradores deberá: (1) estar redactada de manera que pueda ser entendida por el ciudadano promedio; (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 reclamación del UABT antes de presentar una acción judicial para impugnar la denegación de una reclamación (deben agotarse todos los recursos administrativos). Toda impugnación judicial de la denegación de una reclamación debe ser presentada por el paciente. El

cesionario de los beneficios no tiene derecho a iniciar una impugnación judicial de la reclamación denegada.

Sección 10, Revisión independiente

Si su apelación al Consejo Directivo implicó una cuestión de juicio médico o la rescisión de la cobertura (y usted no es un participante en un “plan de beneficios con derechos adquiridos”) y el Consejo Directivo confirmó su denegación de beneficios, usted tiene el derecho a solicitar una revisión externa de su reclamación dentro de los ciento veinte (120) días siguientes a la fecha de recepción de la notificación de denegación de beneficios del administrador. Al recibir su solicitud de revisión externa, el UABT debe 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 de beneficios no estaba relacionada con su derecho a los beneficios; (c) usted ha agotado el proceso de apelación interna del UABT (a menos que no esté obligado a hacerlo en virtud de las normas de apelación); y (d) usted ha proporcionado toda la información y los formularios necesarios para procesar la revisión externa. El UABT enviará entonces la apelación a una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) 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 la reclamación “de nuevo”, es decir comenzando desde su inicio, y no está obligada por ninguna decisión o conclusión alcanzada bajo el proceso interno de reclamaciones 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 debe notificar por escrito la decisión final de la 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 la que la IRO recibió el encargo de realizar la revisión y la fecha de la decisión de la IRO; (c) la referencia a las pruebas o la documentación que se ha tenido en cuenta para tomar la decisión; (d) la discusión de una o más razones principales de la decisión de la IRO; (e) la declaración de que usted puede disponer de una revisión judicial; y (f) el número de teléfono de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud aplicable.
- 2) Si la decisión de la IRO es revocar la denegación de beneficios del plan, este debe proporcionar inmediatamente la cobertura o el pago de la reclamación.

Sección 11, Procedimiento de apelación por la denegación de los beneficios del seguro de vida

Los beneficios del seguro de vida son gestionados por separado por una compañía de seguros de vida independiente. Sin embargo, para apelar una denegación de los beneficios del seguro de vida, debe dirigir la apelación por escrito como se ha descrito anteriormente para las reclamaciones médicas. Su apelación se remitirá entonces a la aseguradora correspondiente y se responderá de forma similar a la descrita para la revisión de reclamaciones médicas.

Sección 12, Información y servicio de reclamaciones

Para obtener asistencia bilingüe para presentar una reclamación o para obtener información sobre los beneficios, llame o escriba al *Departamento de Atención al Socio 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 una reclamación o para información de beneficios, llame o escriba al *Departamento de Atención al Socio del UABT, 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 comuniquen con el plan con respecto a una reclamación de beneficios específica o a la apelación de una denegación. Esta autorización debe ser por escrito, estar firmada y fechada por usted e incluir toda la información requerida en

el formulario de representante autorizado. El administrador del plan puede entregarle el formulario correspondiente.

El plan permitirá, en una situación de urgencia médica, como una reclamación que implique atención de urgencia, que el médico tratante de un reclamante actúe como representante autorizado del reclamante sin necesidad de completar 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 reclamante notifique lo contrario por escrito al administrador del plan. Un reclamante puede revocar la designación del representante autorizado en cualquier momento. Un reclamante solo puede autorizar a una persona como representante autorizado a la vez.

El reconocimiento como representante autorizado es independiente del hecho de que el proveedor acepte una cesión de beneficios, requiera una revelación de información o solicite la cumplimentación de un formulario similar. La cesión de beneficios por parte de un reclamante no se reconocerá como la designación del proveedor como representante autorizado para procedimientos legales y otros asuntos similares. La cesión y sus limitaciones en el marco de este plan se describen a continuación.

Sección 14, Pago de beneficios

Cuando el pago de beneficios sea admisible de acuerdo con los términos del UABT, el pago se efectuará en dólares estadounidenses (a menos que el administrador del plan acuerde lo contrario). El pago se efectuará, a discreción del administrador del plan, a un cesionario de una cesión de beneficios, pero en cualquier caso podrá efectuarse alternativamente al reclamante, en cuyo nombre se efectúa el pago y que es el receptor de los servicios por los que se efectúa el pago. En caso de que el reclamante haya fallecido, el pago se efectuará al heredero, al cesionario, al agente o al patrimonio hereditario del reclamante (de acuerdo con las instrucciones escritas) o, si no existe tal acuerdo y a discreción del administrador del plan, al instituto y/o al proveedor que haya prestado la atención y/o los suministros por los que se deba efectuar el pago, independientemente de que se haya producido o no una cesión de beneficios.

El proveedor médico que acepta la cesión de beneficios lo hace como contraprestación total por los servicios prestados y está obligado a cumplir con las normas y disposiciones establecidas en los términos de este documento. (La cesión de beneficios no permite al proveedor entablar una acción judicial contra el fideicomiso; cualquier acción judicial debe ser presentada por el participante).

Sección 15, Recuperación de los pagos

En ocasiones, los beneficios se pagan más de una vez, se pagan sobre la base de una facturación incorrecta o de una declaración errónea en la prueba de la pérdida o en la información de inscripción, no se pagan de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones o exclusiones del plan, o no deberían haber sido pagados por el plan. Por lo tanto, este plan puede pagar beneficios que posteriormente resulten ser mayores que el cargo máximo permitido. En este caso, el 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 pagaron los cargos. Por lo tanto, siempre que el plan pague beneficios que excedan el monto de los beneficios pagaderos según los términos del plan, el administrador del plan tiene derecho a recuperar cualquier pago erróneo directamente de la persona o entidad que recibió dicho pago y/o de otros pagadores y/o del reclamante o dependiente en cuyo nombre se realizó dicho pago.

El Reclamante, Dependiente, Proveedor, otro plan de beneficios, la aseguradora o cualquier otra persona o entidad que reciba un pago que exceda el monto de los beneficios pagaderos según los términos del plan o en cuyo nombre se haya realizado dicho pago, deberá devolver o reembolsar el monto de dicho pago erróneo al plan dentro de los 30 días posteriores al descubrimiento o a la demanda. El administrador del plan no tendrá ninguna obligación de garantizar el pago del gasto por el que se realizó o al que se aplicó el pago erróneo.

La persona o entidad que reciba un pago erróneo no podrá aplicar dicho pago a otro gasto. El administrador del plan a su absoluta discreción podrá elegir quién reembolsará al plan un pago erróneo y si dicho pago se reembolsará en un solo pago. 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 reclamación de

beneficios por parte del reclamante y de negar o reducir los beneficios futuros pagaderos (incluyendo el pago de beneficios futuros por otras lesiones o enfermedades) bajo el plan por la cantidad debida como reembolso al plan. El administrador del plan también puede, 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 de grupo mantenido por el patrocinador del plan. Las reducciones serán iguales al importe del reembolso requerido.

Los proveedores y cualquier otra persona o entidad que acepte un pago del plan o a quien se le haya cedido 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 las reclamaciones de reembolso en estricta conformidad con las leyes para la práctica de la atención de salud de su estado, las normas ICD o CPT, las directrices de Medicare, las normas HCPCS u otras normas aprobadas por el administrador del plan o la aseguradora. Todos los pagos realizados sobre reclamaciones de reembolso que no se ajusten a las disposiciones anteriores deberán ser devueltos al plan en un plazo de 30 días a partir del descubrimiento o la demanda o incurrirán en intereses de mora 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 del plan y las costas, independientemente del resultado de la acción.

Además, los Reclamantes y/o sus Dependientes, beneficiarios, patrimonios, herederos, tutores, representantes personales 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 tengan derecho los reclamantes, por o en relación con una o más afecciones adquiridas en el centro, uno o más errores del proveedor, o los daños que surjan del acto u omisión de otra parte por los que el plan no haya sido ya reembolsado.

El plan se reserva el derecho de deducir de cualquier beneficio debidamente pagadero en virtud de este plan el importe de cualquier pago que se haya efectuado por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- 1) Por error.
- 2) En virtud de una declaración errónea contenida en una prueba de pérdida o un acto fraudulento.
- 3) En virtud de una declaración errónea 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 calificada.
- 5) En previsión de obtener una recuperación si un reclamante no cumple con las disposiciones de recuperación de terceros, subrogación y reembolso del plan.
- 6) En virtud de una reclamación por la que se puedan recuperar los beneficios en virtud de cualquier póliza o acto legal que contemple la cobertura por lesión o enfermedad ocupacional, en la medida en que se recuperen dichos beneficios. No se considerará que esta disposición (6) exija al plan el pago de beneficios amparados por este plan en ninguno de estos casos.

La deducción puede realizarse contra cualquier reclamación 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 pretende recuperar los fondos de un Proveedor, debido a que una reclamación se ha hecho por error, a que una reclamación es fraudulenta por parte del Proveedor, y/o a que la reclamación es el resultado de una declaración errónea del proveedor, dicho proveedor deberá, como parte de su cesión de beneficios del plan, abstenerse de facturar al reclamante por cualquier cantidad pendiente.

Parte XV, Información sobre ERISA y declaración de derechos

La siguiente información se proporciona de acuerdo con la Ley de Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA, 29 U.S.C. 1001 y siguientes) y describe sus derechos de presentación de reclamaciones, sus responsabilidades y el proceso de apelación de las reclamaciones denegadas.

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 Directivo (que son participantes del plan y elegidos por los empleadores participantes) establecido según las disposiciones del Acuerdo de Fideicomiso del United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust.

Sección 2, Patrocinador del plan

United Agribusiness League [Liga de Negocios Agrícolas Unidos] creó el plan y el fideicomiso. Usted y sus dependientes calificados pueden recibir, previa solicitud por escrito, información sobre si un empleador o una organización de empleadores en particular es participante del plan y, en caso afirmativo, su dirección.

Sección 3, Nombre y dirección del fiduciario

El fiduciario institucional que controla los activos del UABT es Bank of America. Puede contactar al 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 contactar al 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 para el United Agricultural Benefit Trust; sin embargo, el Consejo Directivo del UABT conserva la autoridad de apelación final para las apelaciones de determinaciones adversas de beneficios. Puede contactar al administrador de beneficios en United Agribusiness League, 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

Sección 6, Notificación de procesos legales

UABT es una entidad legal. Las notificaciones legales pueden entregarse y los procesos legales pueden notificarse al administrador del plan. Los procesos legales para United Agricultural Benefit Trust, pueden notificarse en United Agribusiness League ubicada en 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

Sección 7, Fuente de financiamiento del plan

El UABT se financia con los aportes realizados al fideicomiso por los empleadores participantes y, si es necesario, con los aportes de los individuos cubiertos. Los beneficios se pagan directamente con cargo a los fondos del fideicomiso.

Sección 8, Nombre y dirección de la compañía de seguros Stop Loss

El Consejo Directivo contrató con Great Midwest Insurance Co., mencionada como la aseguradora Stop Loss, para que proporcione un seguro contra pérdidas específico y agregado al UABT. Puede contactar a la aseguradora Stop Loss en Great Midwest Insurance Co., 800 Gessner, Houston, TX 77024.

Sección 9, Nombre y dirección de las organizaciones para el mantenimiento de la salud

El Consejo Directivo contrató con varias organizaciones para el mantenimiento de la salud los servicios médicos para los participantes del UABT que han elegido la cobertura a través de planes de atención administrada independientes. Las HMO [organizaciones para el mantenimiento de la salud] pueden ser contactadas de la siguiente manera:

Vision Service Plan, 3333 Quality Drive, Rancho Cordova, CA 95670.

Sección 10, Nombre y dirección de la compañía del seguro de vida a término de grupo

El Consejo Directivo contrató a UNUM, mencionada como compañía del seguro de vida a término de grupo, para proporcionar un seguro de vida a término de grupo al UABT. La compañía del seguro de vida puede ser contactada en UNUM, 1 Fountain Square, Chattanooga, TN, 37402.

Sección 11, Año fiscal del plan

United Agricultural Benefit Trust cierra el año fiscal el 31 de diciembre.

Sección 12, Número del Servicio de Rentas Internas

El número de identificación fiscal asignado a United Agricultural Benefit Trust es el 33-0013118.

Sección 13, Enmiendas al plan

El Consejo Directivo del UABT tiene la autoridad para enmendar o rescindir el plan eventualmente si lo considera necesario.

Sección 14, Número del plan

El número de plan del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos para el United Agricultural Benefit Trust es el plan No. 501.

Sección 15, Activos del fondo

Los activos y las reservas del plan pueden invertirse en cuentas de ahorro, certificados de depósito, otros equivalentes de efectivo, letras del tesoro, bonos, acciones y bienes inmuebles, en cumplimiento con el Artículo 4.7 del Código de Seguros de California.

Sección 16, Ciertos derechos en virtud de ERISA

Como participante del UABT, usted tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA, 29 U.S.C. 1001 y siguientes). ERISA especifica que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

- a) Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del administrador del plan, copias del último informe anual (Formulario 5500 Series) presentado por el UABT ante el Departamento de Trabajo de los 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 5500 Series) y el resumen de la descripción del plan actualizado. El administrador del plan puede establecer 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 participante una copia de este resumen del informe anual.
- d) Continuar la cobertura de atención de salud para el empleado y los dependientes calificados si hay una pérdida de cobertura bajo el UABT como resultado de un evento calificado. Es posible que usted y/o sus dependientes calificados tengan que pagar por dicha cobertura. Revise este SPD y los documentos que rigen el plan sobre las normas que rigen los derechos de continuación de la cobertura COBRA del participante.

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone obligaciones a las personas que son 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, inclusive su empleador o cualquier otra persona, puede despedir a un empleado participante o discriminar de algún modo a un empleado participante para impedir que el empleado obtenga un beneficio del plan o que ejerza sus derechos en virtud de ERISA.

Si se deniega su reclamación del beneficio, en su totalidad o en parte, debe recibir una explicación por escrito del motivo de la denegación. Tiene derecho a que el plan revise y reconsidere su reclamación (Consulte la Parte XII, Sección 16). En virtud de ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer valer los derechos antes mencionados. Por ejemplo, si solicita materiales del plan 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 que escapen del control del administrador del plan.

Si ocurre que los fiduciarios del plan hacen un mal uso del dinero del plan, o si un participante es discriminado por hacer valer sus derechos, puede pedir ayuda al Departamento de Trabajo de EE. UU. o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos del tribunal y los honorarios legales. Si el participante tiene éxito, el

tribunal puede ordenar a la persona demandada que pague estos costos y honorarios. Si el participante pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si considera que la reclamación o la demanda son frívolas.

Si usted 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 de los Empleados, Departamento del Trabajo de los EE. UU., que figura en su guía telefónica; con la Oficina Regional de Los Ángeles de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, 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 de los Empleados, Departamento del Trabajo de los EE. UU., 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

Sección 17, Ciertos derechos a través del Departamento de Seguros de California

Si considera que la totalidad o parte de la reclamación ha sido denegada o rechazada injustamente, además de sus derechos a apelar las denegaciones de beneficios ante el 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 notificación de prácticas de privacidad

Sección 1, Compromiso con la protección de la información de salud

El UABT cumplirá con las Normas de Privacidad de la Información de Salud Identificable Individualmente (es decir, la "Norma de Privacidad") establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("HHS") en virtud de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"). Dichas normas controlan la difusión de la "información de salud protegida" ("PHI") de los participantes. Las normas de privacidad se han implementado y se aplican en las oficinas de los administradores, el administrador del plan y cualquier otra entidad que pueda ayudar con el funcionamiento del plan.

El UABT considera que todos los pacientes mayores de quince (15) años tienen derecho a la privacidad en relación con su atención de salud. Pero la explicación de beneficios se seguirá enviando al socio hasta que el dependiente tenga dieciocho (18) años o sea un menor emancipado, salvo que el paciente solicite lo contrario por escrito al UABT. Además, los pacientes de doce (12) años o más que reciban servicios sensibles en virtud de la Ley de California pueden solicitar que las explicaciones de los beneficios y las comunicaciones se les envíen de forma confidencial a un lugar designado por el paciente. Para más información, consulte las Secciones 56.107, 56.1010 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 de Familia de California.

El UABT está obligado por ley a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de la PHI [información médica protegida] suya y de sus dependientes, y a informarle sobre:

- 1) Las revelaciones y usos de la 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 reclamación ante el plan y ante el Secretario del HHS.
- 5) La persona u oficina a la que puede contactar para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del plan.

El UABT entrega a cada participante una notificación de prácticas de privacidad por separado. Esta notificación describe cómo el plan utiliza y revela su información de salud personal. También describe ciertos derechos que usted tiene con respecto a esta información. Puede obtener copias adicionales de la notificación de prácticas de privacidad del UABT llamando al (800) 223.4590.

En esta disposición se pueden utilizar términos en mayúsculas, pero no se definen de otro modo. Estos términos tendrán el mismo significado que los términos establecidos en el 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 incumplimiento se entiende la adquisición, el acceso, el uso o la revelación no autorizados de información de salud protegida ("PHI") o de información de salud protegida electrónica ("ePHI") que infringe la norma de privacidad de la HIPAA y que compromete la seguridad o la privacidad de la información.
- 2) Información de salud protegida ("PHI") significa información de salud individualmente identificable, como se define en la HIPAA, que es creada o recibida por el UABT y que se relaciona con la salud física o mental pasada, presente o futura o con la afección de un individuo; la provisión de atención de salud a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la provisión de la atención de salud a un individuo; y que identifica al individuo o en virtud del cual hay una base razonable para creer que la información puede ser usada para identificar al individuo. La PHI incluye información de personas vivas o fallecidas.

Sección 3, Cómo se puede utilizar y revelar la información de salud

En general, las normas de privacidad permiten al UABT utilizar y revelar, en la cantidad mínima necesaria, la PHI de un individuo, sin obtener autorización, solo si el uso o revelación es para cualquiera de los siguientes supuestos:

- 1) Realizar el pago de los beneficios.
- 2) Si el uso o la revelación encuadra en una de las circunstancias limitadas descritas en las normas (por ejemplo, la revelación es requerida por la ley o para actividades de salud pública).

Sección 4, Usos y revelaciones principales de la PHI

Tratamiento, pago y operaciones de atención de salud: El UABT tiene derecho a utilizar y revelar la PHI de un participante para todas las actividades incluidas en las definiciones de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud y de acuerdo con la norma 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 revelarán la PHI, pero solo después de que el plan y el asociado comercial acuerden por escrito los términos del contrato que exigen que el asociado comercial proteja adecuadamente la información del participante.

Otras entidades cubiertas: El plan también puede revelar o compartir la PHI con otras compañías de seguros (como Medicare, etc.) para coordinar los beneficios, si un participante tiene cobertura a través de otra aseguradora.

Sección 5, Revelación 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 revelar la PHI más allá de lo permitido o exigido por los documentos del plan o de lo requerido por la ley (como se define en las normas de privacidad).
- 2) Asegurarse de que cualquier agente, incluido un subcontratista, al que el administrador del plan proporcione la PHI recibida del plan, acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican al patrocinador del plan con respecto a dicha PHI.
- 3) Mantener la confidencialidad de toda la PHI, a menos que una persona dé su consentimiento o autorización específica para revelar dichos datos o a menos que los datos se utilicen para el pago de la atención de salud o las operaciones del plan.
- 4) Recibir la PHI, en ausencia de una autorización expresa del individuo, solo para llevar a cabo las funciones de administración del plan. No utilizar ni revelar información genética con fines de evaluación de riesgo.
- 5) Informar al administrador del plan sobre cualquier uso o revelación de la PHI que no sea coherente con los usos o divulgaciones previstos de los que el patrocinador del plan tenga conocimiento.
- 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 a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("HHS"), o de cualquier otro funcionario o empleado del HHS a quien se haya delegado la autoridad correspondiente, sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y la revelación de la PHI recibida del plan, a fin 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) Si es factible, devolver o destruir toda la PHI recibida del plan que el administrador del plan aún conserve en cualquier forma y no conservar ninguna copia de dicha PHI cuando ya no sea necesaria para el propósito para el que se reveló, salvo que, si dicha devolución o destrucción no es factible, limitar los usos y revelaciones posteriores a aquellos propósitos que hacen que la devolución o destrucción de la PHI sea inviable.

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.

Revelaciones a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.: El plan está obligado a revelar la PHI del participante a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. cuando la Secretaría esté investigando o determinando el cumplimiento del plan con la norma de privacidad HIPAA.

Sección 6, Derechos del participante

El participante tiene los siguientes derechos en relación con su PHI:

- 1) Solicitar restricciones: El participante tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales en el uso o la revelación de la PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención de salud. El participante puede solicitar que el plan restrinja las revelaciones a los miembros de la familia, parientes, amigos u otras personas identificadas por este que estén involucradas en su atención o en el pago de su atención. El plan no está obligado a aceptar estas solicitudes de restricción.
- 2) Derecho a recibir comunicaciones confidenciales: El participante tiene derecho a solicitar que las comunicaciones relacionadas con la PHI sean entregadas de una determinada manera o en un determinado lugar. La solicitud debe hacerse por escrito y debe indicar la forma en que el participante desea ser contactado. El plan atenderá todas las solicitudes razonables.

- 3) Derecho a recibir la notificación de prácticas de privacidad: El participante tiene derecho a recibir una copia impresa de la notificación de prácticas de privacidad del plan en cualquier momento. Para obtener una copia en papel, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad.
- 4) Relación de las revelaciones: El participante tiene el derecho de solicitar una relación de las revelaciones que el plan ha hecho de su PHI. La solicitud debe hacerse por escrito y no se aplica a las revelaciones para tratamiento, pago, operaciones de atención de salud y algunos otros fines. El participante tiene derecho a dicha relación sobre los seis años anteriores a su solicitud. Salvo lo que se indica a continuación, para cada revelación, la relación incluirá:
 - (a) la fecha de la revelación; (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 revelada; (d) una declaración del propósito de la revelación que informe razonablemente al participante el fundamento de dicha revelación, y alguna otra información. Si el participante desea hacer una solicitud, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad.
- 5) Acceso: El participante tiene el derecho de solicitar la oportunidad de ver u obtener copias de la PHI mantenida por el plan sobre el participante en ciertos registros mantenidos por el plan. Si el participante solicita copias, se le puede cobrar una tarifa para cubrir los costos de copiado, envío por correo y otros suministros. Si un participante desea inspeccionar o copiar la PHI, o hacer que se transmita una copia de su PHI directamente a otra persona designada, deberá ponerse en contacto con el Oficial 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) Enmienda: El participante tiene el derecho de 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 Oficial de Privacidad. El plan puede denegar 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 revelaciones no descritos en esta sección solo pueden hacerse con la 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, debe ponerse 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 los EE. UU. o ante el plan. El plan proporcionará al participante la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si 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 los EE. UU.

Sección 8, Información de contacto

Información de contacto del Oficial de Privacidad:

Jayson Welter, J.D., M.A.
 Asesor General
 UnitedAg
 54 Corporate Park
 Irvine, CA 92606.5105
 Teléfono: (800) 223.4590
 Fax: 1(949) 892.1363
 jwelter@unitedag.org

Información de contacto adicional para preguntas sobre la HIPAA:

Alex Chee
 Vicepresidente Ejecutivo y Jefe de Finanzas
 UnitedAg
 54 Corporate Park
 Irvine, CA 92606.5105
 Teléfono: (800) 223.4590
 Fax: 1(949) 608.9667
 achee@unitedag.org

Parte XVII, Seguridad HIPAA

Sección 1, Revelación de la información de salud protegida electrónica (“PHI electrónica”) al patrocinador del plan para las funciones de administración del plan

NORMAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE INDIVIDUALMENTE (“NORMA DE SEGURIDAD”)

La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) y otras leyes aplicables prevalecerán sobre lo que se indica a continuación siempre que exista un conflicto, o que uno o varios términos no estén definidos en el presente documento.

La norma de seguridad impone regulaciones para mantener la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información de salud protegida que crea, recibe, mantiene o conserva electrónicamente que se mantiene en formato electrónico (ePHI), tal y como lo requiere la HIPAA.

Sección 2, Definiciones

La información de salud protegida electrónica (ePHI), tal como se define en la Sección 160.103 de las normas de seguridad (45 C.F.R.160.103), significa la información de salud identificable individualmente que se transmite o mantiene en cualquier medio electrónico.

Los incidentes de seguridad, tal y como se definen en la Sección 164.304 de las normas de seguridad (45 C.F.R. 164.304), significan el acceso, uso, revelación, modificación o destrucción no autorizados, en grado de tentativa o con éxito, de la 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 como se define en el 45 CFR §164.504(a)), el UABT se compromete a:

- 1) Implementar salvaguardas administrativas, físicas y técnicas que protejan razonable y apropiadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la PHI electrónica que crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del plan.
- 2) Garantizar que cualquier agente, incluido un subcontratista, al que el UABT proporcione la PHI electrónica creada, recibida, mantenida o transmitida en nombre del plan, se comprometa a aplicar las salvaguardas administrativas, físicas y técnicas razonables y adecuadas para proteger la confidencialidad, la integridad y la 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 revelar la PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados del patrocinador del plan, excepto en virtud de una autorización que cumpla con los requisitos de las normas de privacidad.
- 6) Garantizar que se establezca una separación adecuada entre el plan y el patrocinador del plan, como se exige en la sección 164.504(f)(2)(iii) de las normas de privacidad (45 CFR 164.504(f)(2)(iii)), de la siguiente manera:
 - (a) Los siguientes empleados, o clases de empleados, u otras personas bajo el control del patrocinador del plan, tendrán acceso a la PHI que se revelará al:
 - (i) Oficial de Privacidad, Asesor Legal
 - (ii) Contacto de Privacidad, Vicepresidente Ejecutivo y Planeador Financiero Certificado
 - (iii) Oficial de Seguridad, Chana Hauben, Vicepresidente de Recursos Humanos
 - (iv) Departamento de Reclamaciones
 - (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 se limitará a las funciones de administración del plan que realizan el UABT y el administrador del plan.

Sección 4, Revelación 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 del empleador participante 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, Revelación de la PHI para obtener la cobertura de Stop Loss o la cobertura de exceso por pérdida

Por la presente, el patrocinador del plan puede autorizar y ordenar al plan, a través del administrador del plan o del administrador tercerizado, que revele la PHI a las aseguradoras Stop Loss, a las aseguradoras de exceso de pérdidas o a las calificadoras de riesgo generales de gestión ("MGU") para la suscripción y otros propósitos con el fin de obtener y mantener la cobertura de Stop Loss o de exceso de pérdidas relacionada con las reclamaciones de beneficios amparados por el plan. Dichas revelaciones se harán de acuerdo con las normas de privacidad.

Sección 6, Resolución de incumplimientos

En caso de que cualquier persona autorizada de la plantilla del empleador utilice o revele información de salud protegida de forma distinta a la permitida por las normas de privacidad, el incidente se comunicará al Oficial de Privacidad. El Oficial de Privacidad tomará las medidas apropiadas, que incluyen:

- 1) Investigación del incidente para determinar si el incumplimiento se produjo de forma inadvertida, por negligencia o de forma deliberada; si existe un patrón de incumplimientos; y el grado de daño causado por el incumplimiento.
- 2) Aplicar las sanciones adecuadas a los causantes del incumplimiento, que, dependiendo de la naturaleza del mismo, pueden incluir una amonestación oral o escrita, formación adicional o la terminación del empleo.
- 3) Mitigar cualquier daño causado por el incumplimiento, 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 Oficial de Privacidad responsable de dichas protecciones.
- 6) Revelar la PHI del participante a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. cuando la Secretaría esté investigando o determinando el cumplimiento del plan con la norma de privacidad HIPAA.

Parte XVIII, Leyes federales

Sección 1, Ley contra la Discriminación por Embarazo

Todos los beneficios de salud proporcionados por el fideicomiso deben cubrir los gastos de las afecciones relacionadas con el embarazo en los mismos términos que los costos de otras afecciones médicas. Los beneficios de salud por los gastos derivados de los abortos no son obligatorios, excepto cuando la vida de la madre está en peligro. Los gastos relacionados con el embarazo se reembolsarán exactamente igual que los incurridos por otras afecciones médicas, ya sea que el pago se realice sobre una base fija o sobre un porcentaje de los cargos razonables y habituales.

Sección 2, Ley de No Discriminación por Información Genética (“GINA”)

“GINA” prohíbe que los planes de salud de grupo 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 incluirían 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 de salud protegida (PHI) tal y como se define en la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y está sujeta a las normas de privacidad y seguridad aplicables.

Los miembros de la familia, en lo que respecta a la GINA, incluye a los dependientes, además de todos los parientes hasta el cuarto grado, sin importar si están emparentados por sangre, matrimonio o adopción. La evaluación de riesgo, en lo que respecta a la GINA, incluye cualquier norma para determinar el cumplimiento de los requisitos, calcular las primas o los aportes y aplicar las limitaciones por condiciones preexistentes. Ofrecer primas reducidas u otras recompensas por proporcionar información genética sería una evaluación de riesgo no permitida.

La GINA no prohíbe que un proveedor de atención médica que esté tratando a una persona solicite que el paciente se someta a pruebas genéticas. La normativa permite al plan obtener los resultados de las pruebas genéticas y utilizarlos para determinar el pago de reclamaciones 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, la realización de pruebas genéticas en determinadas circunstancias muy limitadas relacionadas con la investigación, siempre que los resultados no se utilicen para la evaluación de riesgo, y además solo con la notificación por escrito a la persona de que la participación es voluntaria y no afectará su derecho a los beneficios ni los aportes. Además, el plan notificará y describirá su actividad a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de sus actividades comprendidas en esta excepción.

El UABT puede recopilar información genética después de la inscripción inicial, pero no puede 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 los aportes del grupo en función de la información genética, ni solicitará o requerirá pruebas genéticas ni recopilará información genética antes de la inscripción o en relación con ella, ni con fines de evaluación de riesgo.

Sección 3, Ley de Licencia Familiar y Médica

Si un empleado cubierto cesa su empleo activo debido a una Licencia para Ausentarse Familiar y Médica aprobada por el empleador, la disponibilidad de la cobertura continuará bajo los mismos términos y condiciones que se habrían aplicado si el empleado hubiera continuado en el empleo activo. Los aportes se mantendrán en los mismos niveles de empleador/empleado que estaban en vigor en la fecha inmediatamente anterior a la licencia (a menos que los niveles de los aportes cambien para otros empleados en las mismas clasificaciones).

Sección 4, Ley de Paridad en la Salud Mental de 1996 (MHPA) y Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008 (MHPAEA)

Las “disposiciones de paridad en la salud mental” significarán que, en el caso de un plan de salud de grupo (o de una cobertura de seguro médico ofrecida en relación con dicho plan) que ofrezca tanto beneficios médicos y quirúrgicos como beneficios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias, dicho plan o cobertura deberá garantizar el cumplimiento de todos los requisitos siguientes:

- 1) Los requisitos financieros aplicables a esos beneficios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias no son más restrictivos que los requisitos financieros predominantes aplicados a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan (o la cobertura).
- 2) No existen requisitos de costos compartidos 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 de grupo (o la cobertura del seguro médico se ofrece en relación con dicho plan).
- 3) Las limitaciones de tratamiento aplicables a dichos beneficios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias no son más restrictivas que las limitaciones de tratamiento predominantes aplicadas a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan (o la cobertura).
- 4) No existen limitaciones de tratamiento 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 de grupo (o la cobertura del seguro médico se ofrece en relación con dicho plan).

Sección 5, Orden de Manutención Infantil Médica Calificada (QMSCO)

La ley OBRA 1993 exige que un hijo dependiente calificado de un empleado incluya a un hijo adoptado por el empleado o del cónyuge dependiente cubierto que esté obligado a proporcionar cobertura debido a una Orden de Manutención Infantil Médica que el administrador del plan determine que es una Orden de Manutención Infantil Médica Calificada (QMSCO). Una QMSCO también incluirá una sentencia, decreto u orden emitida por un tribunal competente por la jurisdicción o a través de un proceso administrativo establecido bajo la ley estatal y que tenga fuerza y efecto de ley en virtud de la ley estatal y que satisfaga los requisitos de una QMSCO previstos en la ERISA §609(a). (Puede obtener una copia de los procedimientos de QMSCO del administrador del plan sin costo alguno).

Sección 6, Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (NMHPA)

El UABT no restringe los beneficios por una estadía 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, los requisitos de revisión de la utilización para la admisión en el hospital no se aplicarán para esta duración mínima de la estadía y el alta temprana solo se permite si el proveedor de atención médica, en consulta con la madre, decide que el alta es apropiada.

Sección 7, La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

Los beneficios del fideicomiso incluyen la cobertura de los siguientes servicios y suministros posteriores a la mastectomía cuando se prestan de la manera determinada en consulta entre el médico tratante y la paciente:

- 1) Reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- 2) Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- 3) Prótesis mamarias; y
- 4) Complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Sección 8, Ley de los 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 los Estados Unidos (las "Fuerzas Uniformadas") tienen derecho a la continuación de la cobertura para ellos mismos y para los dependientes en virtud de este plan durante un máximo de 24 meses mientras estén en los Servicios Uniformados. Independientemente de que se elija o no la continuación de la cobertura, los empleados tienen derecho a ser reincorporados cuando vuelvan a ser contratados, generalmente sin periodos de espera ni exclusiones, excepto en el caso de enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio.

Sección 9, Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas inesperadas

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido de la facturación inesperada o de la facturación del saldo.

- 1) ¿Qué es la "facturación del saldo" (a veces llamada "facturación inesperada")?
Cuando acude a un médico o a otro proveedor de atención de salud, es posible que deba pagar ciertos gastos de bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. Puede tener otros costos o tener que pagar la factura completa si acude a un proveedor o visita un centro de salud que no está en 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 facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el importe total cobrado por un servicio. Esto se llama "**facturación del saldo**". Este importe es probablemente superior a los costos en la red por el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de gastos de bolsillo.

- 3) La “facturación inesperada” es una factura del saldo sorpresiva. Esto puede ocurrir cuando usted **no puede** controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una consulta en un centro de la red, pero inesperadamente es atendido por un proveedor fuera de la red.
- 4) Usted está protegido de la facturación del saldo por:
 - a) Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro de salud fuera de la red, lo máximo que el proveedor o el centro pueden facturar es la cantidad de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coaseguros). **A usted no se le puede** facturar el saldo de estos servicios de emergencia. 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 recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el importe del costo compartido en la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, intensivista o servicios hospitalarios. 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 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 exigirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir a un proveedor o centro en la red de su plan.
- 7) Cuando no se permite la facturación de saldos, usted también tiene las siguientes protecciones:
 - a) Usted solo es responsable de pagar su parte del costo compartido (como los copagos, coaseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
 - b) Su plan de salud generalmente debe:
 - i. Cubrir los servicios de emergencia sin exigir la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - ii. Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - iii. Fundamentar lo que debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - iv. Contabilizar cualquier cantidad que pague por los servicios de emergencia o por los servicios fuera de la red como parte de su deducible y del límite de gastos de bolsillo.
- 8) Si cree que se le ha facturado erróneamente, puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención al Socio del UABT llamando al (800)223.4590.
- 9) Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos contemplados en la ley federal.

Parte XIX, Notificación del Departamento de Seguros de California

ESTE ACUERDO DE BIENESTAR DE MÚLTIPLES EMPLEADORES 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 RECLAMACIONES NI PROTEGERÁN SUS ACTIVOS SI ESTE ACUERDO DE BIENESTAR DE MÚLTIPLES EMPLEADORES SE DECLARA INSOLVENTE Y NO PUEDE REALIZAR LOS PAGOS PROMETIDOS.

LOS BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD QUE USTED HA ADQUIRIDO O SOLICITA ADQUIRIR SON EMITIDOS POR UN ACUERDO DE BIENESTAR DE MÚLTIPLES EMPLEADORES QUE ESTÁ AUTORIZADO POR EL ESTADO DE CALIFORNIA.

PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE ESTE ACUERDO DE BIENESTAR DE MÚLTIPLES EMPLEADORES, DEBE PREGUNTAR AL ADMINISTRADOR DE SU FIDEICOMISO O PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE CALIFORNIA LLAMANDO AL (800) 927.4357