



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 anestésista 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 bancarota, 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 anestesista certificada y registrada

El término "enfermera anestesista certificada y registrada" se refiere a una enfermera titulada que proporciona anestesia a los pacientes en colaboración con cirujanos, anestesistas, dentistas, podólogos y otros profesionales de la salud calificados. La enfermera anestesista registrada debe estar certificada (y/o recertificada) por el Consejo de Certificación de Enfermeras Anestestas.

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) **Ortótica:** Servicios o suministros relacionados con la ortótica, 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) Ortótica 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 salvaguardias 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