



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. 01.01.24

Tabla de contenidos

Parte	Sección	Título	Número de página
Parte I	Condiciones de acceso		8
	1	¿Quién tiene derecho a las prestaciones?	8
	2	Restablecimiento de la cobertura	
	3	Determinación de la condición de empleado a tiempo completo	8
	4	¿Quiénes son las personas a su cargo?	8
	5	Límites de edad de los hijos a cargo	9
	6	Niños minusválidos o totalmente discapacitados	9
	7	Fecha efectiva de cobertura	9
	8	Fecha efectiva de cobertura de las personas a su cargo	9
	9	Prueba de la situación de dependencia	10
	10	Inscripción tardía	10
	11	Inscripción abierta	10
	12	Inscripción especial tardía	10
	13	Órdenes médicas cualificadas de manutención de los hijos (QMCSO) y avisos nacionales de manutención médica (NMSN)	11
	14	Rescisión de la cobertura	11
	15	¿Quién tiene derecho al seguro dental?	11
Parte II	Finalización de la cobertura		12
	1	Cuándo finaliza su cobertura	12
	2	Cuándo finaliza la cobertura de sus beneficiarios	12
Parte III	Continuación de la cobertura		13
	1	Continuación tras la finalización del empleo	13
	2	Continuación durante la baja por baja médica y familiar	13
	3	Continuación mediante pago por cuenta propia a través de COBRA y Cal-COBRA	13
	4	Opciones de cobertura alternativas	18
Parte IV	Ampliación de las prestaciones		19
	1	Ampliación de las prestaciones de vida para los empleados	19
	2	Prestaciones no prorrogables	19
Parte V	Definiciones generales		20
	1	Accidente	20
	2	Actividades de la vida diaria	20
	3	ADA	20

4	Resolución desfavorable de la prestación	20
5	Ley de Asistencia Sanitaria Asequible (ACA)	20
6	Gastos permitidos	20
7	Beneficiario alternativo	21
8	Centro quirúrgico ambulatorio	21
9	Ensayo clínico aprobado	21
10	Asignación de prestaciones	21
11	Año natural	22
12	Enfermero anestesista titulado	22
13	Solicitud sin gastos	22
14	Complicaciones del embarazo	22
15	Continuidad de la asistencia	23
16	Continuación de la cobertura	23
17	Cuadro clínico de contratación	23
18	Proveedores y hospitales contratantes	23
19	Coordinación de prestaciones (C.O.B.)	23
20	Copago	23
21	Cirugía estética	23
22	Gastos cubierto	24
23	Cuidados de custodia, rehabilitación o mantenimiento	24
24	Deducible	24
25	Servicios odontológicos	24
26	Servicio de diagnóstico	24
27	Medicamentos	24
28	Equipo médico permanente	24
29	Médico	24
30	Prestaciones sanitarias esenciales	25
31	Gastos excluidos	25
32	Procedimiento experimental y/o de investigación	25
33	Explicación de prestaciones (EOB)	26
34	Centro de cuidados prolongados	26
35	Centro	26
36	Información genética	26
37	Servicios de rehabilitación	26
38	Centros de salud y bienestar	26
39	Mercado de seguros médicos ("Intercambio")	27
40	HIPAA	27
41	Asistencia sanitaria a domicilio	27
42	Hospitales	27
43	Hospitalización	27
44	Fecha de alta	27
45	Fecha en que se incurrió en gastos de embarazo	27
46	Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	27
47	Baja laboral	27
48	"Separación Legal" y/o "Legalmente Separado"	27
49	Procedimiento diagnóstico mayor	28

50	Cargo máximo permitido	28
51	Emergencia médica	28
52	Revisión de historial médico	29
53	Trastorno Mental o Nervioso	29
54	Cuadro clínico de México	29
55	Servicios y suministros necesarios	29
56	Proveedores y Hospitales No Concertados	30
57	Enfermería	30
58	Terapia Ocupacional	30
59	Tratamiento de la obesidad	30
60	Otros planes	30
61	Gastos máximos	30
62	Porcentaje a pagar	31
63	Revisión paritaria	31
64	Por enfermedad	31
65	Por hospitalización	31
66	Por incapacidad	31
67	Asistente médico	31
68	Atención preventiva	31
69	Proveedor	32
70	Servicios psicológicos o psiquiátricos	32
71	Importe de pago autorizado (QPA)	32
72	Razonable o asumible	32
73	Hospital de rehabilitación	32
74	Cobertura de tratamiento residencial	32
75	Habitación semiprivada	33
76	Centro de enfermería especializada	33
77	Disposición especial (circunstancias)	33
78	Subrogación	33
79	Abuso de sustancias/trastorno por consumo de sustancias	33
80	Transparencia y Facturas Médicas Inesperadas, también conocidas la "Ley Sin Sorpresas"	33
81	Telemedicina	34
82	El Plan	34
83	Incapacidad total o invalidez absoluta	34
84	Procedimientos de Trasplante	34
85	Terapias de tratamiento	35
86	Atención urgente	35
87	Tarifas habituales	35

Parte VI	Disposiciones generales y limitaciones	36
1	Límites de los gastos cubiertos	36
2	Exclusiones generales	36
3	Exención de responsabilidad frente a terceros	37
4	Servicios no prestados fuera de EE.UU.	38
5	Derecho de reembolso	38
6	Facilidad de Pago	38

	7	Derecho a indemnización	38
	8	Proveedor no apto	38
	9	Exámenes y autopsias	38
Parte VII		Coordinación de prestaciones (C.O.B.)	39
	1	Cobertura / seguro de exceso de prestaciones	39
	2	Limitación del vehículo	39
	3	Orden de determinación de prestaciones	39
	4	Derecho a recibir y divulgar información necesaria	40
	5	Facilidad de Pago	40
	6	Derecho de devolución	40
	7	Coordinación con Medicare	40
	8	Coordinación dentro del programa	39
	9	Contención de costes y gestión de casos	40
Parte VIII		Recuperación, subrogación y reembolso a terceros	42
	1	Condición de pago	42
	2	Subrogación	42
	3	Derecho de reembolso	43
	4	El participante es depositario de los fondos del plan	43
	5	Exención de responsabilidad	44
	6	Exceso de cobertura/seguro de enfermedad	44
	7	Separación de fondos	44
	8	Muerte por negligencia	44
	9	Obligaciones	44
	10	Compensación	45
	11	Condición de menor	45
	12	Interpretación lingüística	45
	13	Salvedad	46
Parte IX		Prestaciones del seguro de vida	47
	1	Limitación para jubilados	47
	2	Beneficiario	47
	3	Cambio de beneficiario	47
	4	Consentimiento del beneficiario	47
	5	Formas opcionales de liquidación	47
	6	Prestaciones del seguro de vida para dependientes	47
	7	Continuación de las prestaciones del seguro de vida	47
	8	Continuación del seguro de vida para dependientes	48
Parte X		Red de prestaciones de farmacia	49
	1	Red de prestaciones farmacéuticas	49
	2	Servicios de farmacias de guardia	49
	3	Farmacia de pedidos por correo	49
	4	Medicamentos especiales	49
	5	Apelación de denegaciones o decisiones adversas sobre prestaciones	49

6	Programas de asistencia para el copago	49
---	--	----

Parte XI	Prestaciones del seguro médico	50
1	Gastos médicos no cubiertos	50
2	Gastos hospitalarios (pacientes hospitalizados)	51
3	Gastos hospitalarios (ambulatorios) y centros quirúrgicos ambulatorios	51
4	Hospital de convalecencia, centro de enfermería especializada o centro de cuidados prolongados	52
5	Servicio de ambulancia profesional	52
6	Cuidados médicos	52
7	Cirugía y anestesia	52
8	Honorarios de técnicos, laboratorios o clínicas por pruebas diagnósticas	52
9	Gastos de farmacia	52
10	Formularios de medicamentos	52
11	Medicamentos, productos y dispositivos sin receta	53
12	Servicios de Enfermería	53
13	Gastos de Cobaltoterapia, Quimioterapia o Radioterapia	53
14	Fisioterapia, logopedia y acupuntura	53
15	Suministros médicos y terapéuticos permanentes	53
16	Dispositivos Protésicos	54
17	Servicios Psicológicos, Trastornos mentales y Mentes Nerviosas	54
18	Servicios de salud a domicilio	54
19	Cuidados paliativos	54
20	Derechos especiales tras el parto	54
21	Información genética	54
22	Servicios de planificación familiar	54
23	Pruebas genéticas	55
24	Atención preventiva	55
25	Costes de los pacientes que participan en un ensayo clínico aprobado	56
26	Dejar de fumar	56
27	Trasplantes	56
28	Aborto electivo	57
29	Terapia hormonal sustitutiva	57
30	Tratamiento de trastornos de identidad de género	58
Parte XII	Prestaciones del plan dental	59
1	Deducible	59
2	Porcentaje a pagar	59
3	Límite máximo del plan	59
4	Procedimientos dentales alternativos	59
5	Servicios dentales preventivos	59
6	Servicios dentales básicos	59
7	Servicios dentales principales	60
8	Ortodoncia	60

Parte XIII	Beneficios del plan de cuidado de la visión	62
	1 Copago por servicios oftalmológicos	62
	2 Importe máximo de las prestaciones oftalmológicas	62
	3 Beneficios del plan de cuidado de la visión	62
Parte XIV	Reclamación de prestaciones	64
	1 Cómo presentar una solicitud de cobertura médica, de medicamentos con receta, de servicios dentales y/o oftalmológicos	64
	2 Procedimientos de reclamación	64
	3 Pago de las reclamaciones sanitarias	64
	4 Solicitudes de prestaciones de vida y muerte accidental/desmembramiento	65
	5 Plazos de presentación de solicitudes	65
	6 Denegación de solicitudes de reembolso de gastos médicos, medicamentos con receta, odontológicos u oftalmológicos	65
	7 Resolución negativa de prestaciones	65
	8 Procesos de revisión y recurso en caso de denegación de medicamentos	65
	9 Procedimientos de Revisión y Apelación para la Denegación de Solicitudes de Reembolso de Gastos Médicos, Medicamentos con Receta, Odontológicos u Oftalmológicos	65
	10 Revisión independiente	66
	11 Proceso de apelación por denegación de prestaciones de seguro de vida	67
	12 Información y servicio de reclamaciones	67
	13 Nombramiento de un representante autorizado	67
	14 Pago de prestaciones	67
	15 Recuperación de pagos	67
Parte XV	Información sobre ERISA y declaración de derechos	69
	1 Nombre y tipo de administración del plan	69
	2 Patrocinador del seguro	69
	3 Nombre y dirección del beneficiario	69
	4 Nombre y dirección del administrador del seguro	69
	5 Nombre y dirección del administrador de prestaciones	69
	6 Notificación del proceso legal	69
	7 Fuente de financiación del seguro	69
	8 Nombre y dirección de la aseguradora Stop Loss	69
	Nombre y dirección de las organizaciones para el mantenimiento de la	
	9 salud	69
	10 Nombre y dirección de la compañía de seguro de vida colectivo	70
	11 Año fiscal del seguro	70
	12 Número del Servicio de Impuestos Internos	70
	13 Modificaciones del seguro	70
	14 Número del seguro	70
	15 Activos del fondo	70
	16 Derechos en virtud de ERISA	70
	17 Derechos en virtud del Departamento de Seguros de California	71
Parte XVI	HIPAA y Aviso de Política de Privacidad	72
	1 Compromiso de proteger la información sanitaria	72

2	Definiciones	72
3	Cómo se puede utilizar y divulgar la información sanitaria	72
4	Utilización y divulgación de la información médica protegida	72
5	Divulgación de la información sanitaria protegida al seguro con fines administrativos	73
6	Derechos de los participantes	73
7	Preguntas o reclamaciones	74
8	Información de contacto	74
Parte XVII	Seguridad HIPAA	75
1	Divulgación de información médica protegida electrónica ("PHI electrónica") al patrociniador para funciones administrativas	75
2	Definiciones	75
3	Obligaciones de la UABT	75
4	Divulgación de información de inscripción al seguro	75
5	Divulgación de la información sanitaria protegida para obtener una cobertura de exceso de pérdidas o stop-loss	76
6	Resolución de incumplimientos	76
Parte XVIII	Leyes federales	77
1	Ley contra la discriminación por embarazo	77
2	Ley de no discriminación por información genética ("GINA")	77
3	Ley de baja médica y familiar	77
4	Ley de Paridad de Salud Mental de 1996 (MHPA) y Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008 (MHPAEA)	77
5	Decreto de manutención infantil por razones médicas (QMSCO)	78
6	Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres (NMHPA)	78
7	Ley de Derechos de la Mujer a la Salud y el Cáncer (WHCRA)	78
8	Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (USERRA)	78
9	Derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa	78
Parte XIX	Información del Departamento de Seguros de California	80

Resumen de la descripción y documento del seguro...

Parte I Condiciones de acceso

Sección 1, ¿Quién tiene derecho a las prestaciones?

Si trabaja a tiempo completo como empleado de una empresa participante en el United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust (también conocido como United Agricultural Benefit Trust, UnitedAg Benefit Trust o UABT) y cumple los requisitos acordados entre su empresa y la UABT, tiene derecho a participar en el Plan. Usted es Participante y tiene derecho a las prestaciones descritas en el Plan durante cada mes natural para el que su empresa haya realizado la aportación necesaria en su nombre.

El Empleador, de conformidad con el Acuerdo de Fideicomiso con la UABT, es responsable de seguir las reglas de admisibilidad enumeradas en el Resumen de la Descripción del Seguro, así como cualquier regla que el Empleador delegue y que esté documentada en el Manual del Empleador o en las Políticas que puedan afectar la admisibilidad del Participante del Plan. El Manual y las Políticas del Empleador deben ser aprobados por la UABT durante el proceso de contratación. El empleador es responsable de mantener registros y metodologías precisos para evaluar y ofrecer cobertura en virtud de cualquier ley o mandato federal aplicable y, al hacerlo, es responsable en última instancia de cualquier multa o sanción por incumplimiento de dichas leyes.

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

Sección 2, Restablecimiento de la cobertura

Si su empresa le ha despedido o ha rescindido el contrato con usted y le vuelve a contratar (o a una filial o subsidiaria) en un plazo de trece (13) semanas a partir de la fecha de rescisión del contrato, su cobertura se restablecerá el primer día del mes siguiente a la nueva contratación, siempre y cuando cumpla los demás requisitos. La empresa puede reincorporarle al trabajo después de un periodo de tiempo más prolongado, de acuerdo con su Manual del Empleador o Póliza, si se aprueba durante el proceso de afiliación.

Los empleados que se reincorporen al trabajo tras una baja aprobada o que hayan continuado la cobertura en virtud de COBRA no tendrán que volver a cumplir un periodo de carencia.

Los empleados o dependientes cubiertos que se reincorporen al trabajo después de haber prestado servicio activo como miembros de las fuerzas armadas de los Estados Unidos también volverán a tener cobertura inmediatamente después de su reincorporación al trabajo, siempre que se cumplan ciertos requisitos conforme a la Ley de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (Uniform Services Employment and Reemployment Act, USERRA). Las personas empleadas deben comprobar con su empleador si la ley USERRA les afecta a ellos y/o a las personas a su cargo.

Sección 3, Determinación de la condición de empleado a tiempo completo (ALE)

Un empleador elegible es un empleador que tiene un promedio de al menos 100 empleados a tiempo completo o "equivalentes a tiempo completo" o "FTE". A efectos de la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible, un empleado a tiempo completo es alguien que trabaja al menos 30 horas a la semana.

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

Los empleadores pueden determinar las horas de servicio tanto para empleados por hora como para empleados sin salario por hora utilizando ya sea el método de medición mensual o el método de revisión retrospectiva para diferentes clasificaciones de empleados.

Sección 4, ¿Quiénes son las personas a su cargo que reúnen los requisitos?

Su cónyuge actual y legal (como lo demuestra una licencia de matrimonio válida y que no haya sido anulado o invalidado de ninguna manera), su pareja de hecho (como lo demuestra una "Declaración Jurada de Pareja de Hecho" de la UABT notariada -disponible a través del Departamento de Servicios para Miembros de la UABT y archivada por su empleador y por la UABT) es un dependiente con derecho a cobertura. También se consideran dependientes admisibles los hijos naturales y adoptivos, incluidos los hijastros, y los hijos que se encuentren bajo su tutela legal.

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

Un hijo que esté sujeto a una orden médica de manutención infantil (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO) o a una orden nacional de manutención médica (National Medical Support Notices, NMSN) que establezca la manutención infantil con respecto a un hijo de un participante en un plan de salud de grupo o que establezca la cobertura de beneficios de salud para dicho hijo emitida de conformidad con la ley estatal o federal de relaciones domésticas emitida por un tribunal de jurisdicción competente se considerará elegible si la orden no requiere que la UABT ofrezca ningún tipo o forma de beneficio que no se proporcione de otra manera en el plan.

Usted y su cónyuge deben cumplir los siguientes requisitos:

- (a) Usted y su cónyuge no deben haber estado legalmente separados o en proceso de separación durante más de 12 meses consecutivos en la fecha en que el seguro reciba una solicitud de prestación por los Servicios prestados a su cónyuge.
- (b) Usted y su cónyuge han convivido en el mismo domicilio durante la mayor parte de un año natural. Cuando usted o su cónyuge viajan o residen en otro lugar como parte de su empleo, para cuidar a un familiar (debido, por ejemplo, a una Enfermedad o Lesión), y/o residen en otro lugar debido a una Enfermedad o Lesión propia o de su cónyuge, durante más de la mitad del Año del Seguro aplicable (y por lo tanto residen el uno con el otro durante menos de la mayor parte del año natural), pero su residencia principal es también la residencia principal de su cónyuge a todos los efectos legales, reglamentarios y estatutarios, esto constituye cohabitación según lo requerido por esta disposición.
- (c) El Empresario puede optar por limitar la cobertura de su cónyuge si éste tiene acceso a una cobertura de Salud Colectiva disponible a través de su propia empresa.

El Administrador de la póliza tiene autoridad discrecional para interpretar estos términos y determinar la condición de cónyuge, tal y como se define en el presente documento, en la medida en que lo permita la ley.

Para ser considerado Pareja de Hecho admisible.

- (a) La pareja de hecho debe tener al menos 18 años y ser mentalmente competente para celebrar contratos;
- (b) La Pareja de Hecho debe ser corresponsable con usted de su bienestar y de sus obligaciones económicas;
- (c) Usted y su Pareja de Hecho deben residir en el mismo domicilio durante al menos los seis (6) meses anteriores a la fecha de la "Declaración de Pareja de Hecho para la Asistencia Sanitaria" notariada;
- (d) Usted y su Pareja de Hecho deben estar en una relación de compromiso exclusivo de cuidado mutuo que haya existido durante al menos seis (6) meses inmediatamente anteriores a la fecha de la "Declaración de Pareja de Hecho para Asistencia Sanitaria" notariada y ambos deben tener la intención de continuar dicha relación indefinidamente;
- (e) Ni usted ni su Pareja de Hecho tienen una relación similar con otra persona que no sea usted;
- (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 estar emparentados por consanguinidad de ningún modo que prohíba el matrimonio en el estado en el que residen.

Un nieto, hermano, hermana, sobrina o sobrino menor de edad puede ser considerado hijo adoptivo si usted ha sido nombrado tutor legal por un tribunal competente y ha presentado una copia de los documentos de tutela a la UABT. Sus padres, abuelos u otros familiares adultos no reúnen los requisitos para ser considerados dependientes conforme al Plan, aunque vivan con usted y/o dependan de usted para su manutención.

Los dependientes que reúnan los requisitos tienen derecho a las prestaciones descritas en el Plan durante cada mes natural para el que usted o su Empresario hayan realizado las aportaciones necesarias.

Sección 5, Límites de edad de los hijos a cargo

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

Sección 6, Hijos minusválidos o totalmente discapacitados

Los hijos a cargo mayores de 26 años que no puedan valerse por sí mismos debido a una minusvalía o discapacidad mental o física recibirán cobertura de la UABT si (a) el dependiente ha estado cubierto de forma continua por la UABT o por otra compañía; (b) se presenta al Empresario y a la UABT una prueba de discapacidad total expedida por el médico tratante con licencia reconocida por el estado, en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha en que el hijo perdería normalmente la cobertura o en el momento de la afiliación; (c) se presenta anualmente una prueba de discapacidad continuada; (d) el hijo sigue dependiendo totalmente de usted para su manutención; y (e) usted sigue siendo elegible en virtud del Fideicomiso..

Sección 7, Fecha de entrada en vigor de la cobertura

Tendrá derecho a la cobertura del Plan a partir del primer día del mes natural siguiente al periodo de carencia establecido por su Empresario y aceptado por la UABT.

Sección 8, Fecha de entrada en vigor de la cobertura para las personas a su cargo

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

Los nuevos dependientes incorporados después de la fecha de entrada en vigor de su cobertura cumplen los requisitos en la fecha del matrimonio, la declaración de pareja de hecho, el nacimiento, la adopción, la acogida con fines de adopción, la acogida en un hogar de guarda, la tutela legal, la orden médica cualificada de manutención de los hijos o la notificación nacional de manutención médica si rellena y presenta un nuevo formulario de inscripción o un formulario de cambio de inscripción en un plazo de treinta y un (31) días a partir de la fecha en que la persona se convirtió en su dependiente, y se abona a la UABT cualquier aportación adicional requerida.

Sección 9, Prueba de la condición de dependiente

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

Sección 10, Inscripción tardía

Un afiliado tardío es un empleado o dependiente elegible que ha rechazado la cobertura de salud a través de la UABT en el momento en que inicialmente reunió los requisitos para la afiliación o dentro del periodo de treinta y un (31) días posteriores a un evento clasificatorio y que posteriormente solicita la afiliación a la UABT.

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

Sección 11, Inscripción abierta

Antes del inicio de la fecha del aniversario de su Empresario con la UABT, su Plan de Beneficios tiene un Periodo de Inscripción Abierta. Los Participantes elegibles que no estén cubiertos por esta Póliza pueden inscribirse para obtener cobertura durante los Periodos de Inscripción Abierta. Si ya está inscrito, se le dará la oportunidad de cambiar su cobertura a partir del primer día del siguiente Año del Plan. Si no realiza ninguna elección durante el Periodo de Inscripción Abierta, conservará automáticamente su cobertura actual. La cobertura para los Participantes que se inscriban durante un Periodo de Inscripción Abierta entrará en vigor el primer día del mes del aniversario de prestaciones de su Empresario, siempre y cuando se cumplan todos los demás requisitos de elegibilidad.

Los términos del Periodo de Inscripción Abierta, incluyendo la duración del periodo de elección, serán determinados por su empleador y la UABT y comunicados antes del inicio del Periodo de Inscripción Abierta.

Sección 12, Inscripción especial tardía

Un afiliado tardío especial es un empleado o dependiente elegible que ha rechazado los beneficios a través de la 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 inscrito tardío especial debe haber completado un Formulario de Renuncia de Cobertura de la UABT durante el periodo de inscripción inicial.

La UABT ofrece "Inscripción especial", cuando es posible inscribirse en el Plan, incluso si se negó a hacerlo durante un periodo de inscripción inicial o durante el periodo de inscripción abierta de su Empresario.

Los derechos de inscripción especial no estarán a su disposición ni a la de su dependiente si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- (a) La otra cobertura está/estaba disponible a través de la Cobertura de Continuación COBRA y usted o su dependiente no agotaron el tiempo máximo disponible para dicha cobertura.
- (b) Usted o su(s) dependiente(s) ha(n) perdido la otra cobertura por no haber abonado las primas o las cotizaciones requeridas o por causa justificada (como haber realizado una reclamación fraudulenta o una tergiversación intencionada de un hecho material en relación con la otra cobertura).

Usted o su(s) dependiente(s) que reúna(n) los requisitos, haya(n) cumplido las condiciones requeridas indicadas en la presente disposición, tendrá(n) derecho a la prestación UABT el primer día del mes siguiente a la pérdida de la otra cobertura, si la solicitud se realiza dentro de los treinta (31) días siguientes a la pérdida de la cobertura.

Usted o su(s) dependiente(s) que reúna(n) los requisitos, haya(n) cumplido las condiciones requeridas indicadas en la presente disposición, tendrá(n) derecho a la prestación UABT el primer día del mes siguiente a la pérdida de la otra cobertura, si la solicitud se realiza dentro de los treinta (31) días siguientes a la pérdida de la cobertura.

Usted o su(s) dependiente(s) que sea(n) elegible(s), pero que no esté(n) inscrito(s) en este Plan, puede(n) ser candidato(s) a inscribirse durante un periodo de afiliación especial si adquiere(n) un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, pareja de hecho, tutela legal, nacimiento o adopción. Para tener derecho a esta inscripción especial, el Empleado deberá solicitarla por escrito o electrónicamente, según corresponda, no más tarde de los treinta (31) días siguientes a la incorporación de la nueva Persona a cargo.

Las siguientes condiciones de inscripción especial se aplican a cualquier Empleado y Dependiente que reúna los requisitos:

- (a) El empleado elegible es un empleado cubierto bajo los términos de este plan pero eligió no inscribirse durante un período de inscripción anterior.
- (b) Una persona se ha convertido en dependiente del empleado elegible a través del matrimonio, pareja de hecho, tutela legal, un niño que se encuentra con el empleado por nacimiento, adopción o acogida para adopción.
- (c) La cobertura de Medicaid o del Plan Estatal de Seguro de Salud Infantil (es decir, CHIP) de usted o de su dependiente ha terminado como resultado de la pérdida de elegibilidad y usted solicita cobertura bajo el Plan dentro de los 60 días siguientes a la terminación.
- (d) Usted o la persona a su cargo reúnen los requisitos para recibir una subvención de cotización/ayuda a la prima de Medicaid o de un plan estatal de seguro médico infantil (es decir, CHIP) y solicitan la cobertura del Plan en los 60 días siguientes a la determinación de su 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 hechos de inscripción especial.

Sección 13, Órdenes médicas cualificadas de manutención infantil (QMCSO) y notificaciones nacionales de manutención médica (NMSN)

La UABT reconoce las órdenes médicas de manutención infantil y los avisos nacionales de manutención médica. Un hijo que sea objeto de una orden de este tipo se considera un "beneficiario alternativo" y se trata como beneficiario dependiente en virtud de la Póliza.

Para ser considerada QMCSO o NMSN, una orden de manutención médica de un hijo debe crear o reconocer la existencia del derecho de un beneficiario alternativo a recibir las prestaciones a las que el afiliado tiene derecho en virtud de la UABT; identificar claramente al afiliado 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 a la UABT que proporcione ningún tipo o forma de prestación que no se proporcione de otro modo en el marco del plan.

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

Sección 14, Rescisión de la cobertura

En virtud de la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible (Affordable Care Act), la rescisión de sus prestaciones sanitarias no está permitida a menos que haya cometido fraude o tergiversado intencionadamente hechos materiales en su solicitud de inscripción.

Sección 15, ¿Quién tiene derecho a la cobertura dental?

El reembolso por los Gastos Cubiertos puede estar sujeto a limitaciones basadas en las tarifas Usuales, Habitualmente Aceptadas y Razonables, Tarifas Negociadas, el Deducible, el Porcentaje de Cobertura y/o los máximos de beneficio establecidos en la Tabla de Beneficios por Gastos Dentales. Le recomendamos consultar la Tabla de Beneficios por Gastos Dentales de su seguro para verificar si los servicios dentales están incluidos como parte de los Gastos Cubiertos bajo el plan.

Parte II, Finalización de la cobertura

Sección 1, Cuándo finaliza su cobertura

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

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

La finalización de la cobertura puede darle derecho a la continuación de la cobertura en virtud de COBRA. Consulte el "Apartado 3 de la Parte III, Continuación mediante pago por cuenta propia a través de COBRA y Cal-COBRA".

Sección 2, Cuándo finaliza la cobertura de sus beneficiarios

La cobertura de todas las personas a su cargo finalizará automáticamente en la fecha en que finalice su derecho a la misma.

Mientras usted siga reuniendo los requisitos, la cobertura para cualquiera de las personas a su cargo finalizará en la primera de las siguientes fechas

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

La cancelación de la cobertura puede dar derecho a sus dependientes a la continuación de la cobertura conforme a COBRA. Consulte la "Parte III, Sección 3, Continuación mediante pago por cuenta propia a través de COBRA y Cal-COBRA". Sus dependientes también podrán obtener prestaciones a través del Mercado de Seguros Médicos (Intercambio - en www.HealthCare.gov).

Parte III, Continuación de la cobertura

Sección 1, Continuación tras la finalización del empleo

El Empresario no está autorizado a cotizar por usted una vez finalizada su relación laboral activa y a tiempo completo, a menos que el Empresario disponga de una póliza de empleo establecida, escrita y documentada o de un acuerdo de cese (presentado y aprobado por escrito por la UABT) que indique la continuación de las prestaciones en caso de incapacidad laboral o no laboral durante un periodo de tiempo determinado y limitado (no superior a 6 meses).

Si su Empresario ha acordado prorrogar sus prestaciones en caso de incapacidad laboral o no laboral, se le ofrecerá la oportunidad de elegir las prestaciones COBRA al vencimiento de esta continuación de las prestaciones.

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

Si el Empresario 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 las contribuciones durante periodos restringidos de despido temporal, excedencia aprobada y/o incapacidad total por lesión o enfermedad, que no excedan los ciento ochenta (180) días.

Sección 2, Continuación durante la baja por baja médica y familiar

La UABT cumple con la normativa FMLA si es aplicable a su Empresario. La UABT proporcionará estos beneficios en la medida requerida por la ley aplicable o según lo documentado en su Manual o Políticas Empresariales y aprobado durante el proceso de suscripción. Si reúne los requisitos para acogerse a la baja por FMLA, la cobertura se mantendrá de acuerdo con las mismas condiciones del Plan que se le proporcionarían si hubiera sido un empleado activo de forma continuada durante todo el periodo de baja.

Cuando un Empresario, que reúne los requisitos según la Ley de Licencia Familiar y Médica, notifica al Fideicomiso que usted reúne los requisitos para una Licencia Familiar o Médica, se permiten las contribuciones del Empresario durante toda la duración de la Licencia Familiar o Médica en las condiciones en que se habría proporcionado la cobertura si usted hubiera continuado trabajando.

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

Su derecho y el derecho de sus dependientes participantes en la UABT a esta forma de cobertura continuada fue creado por la ley federal, en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria de 1985, en su versión modificada ("COBRA"). Usted y las personas a su cargo tendrán derecho a la cobertura continuada COBRA cuando pierdan su cobertura sanitaria colectiva a través de su empresa. Las personas a su cargo seguirán cubiertas por el Plan cuando, de lo contrario, perderían su cobertura sanitaria colectiva. En virtud del Plan, tanto usted como las personas a su cargo (denominados Beneficiarios Cualificados) que opten por la Cobertura Continuada COBRA deberán abonar la totalidad del coste de la cobertura, incluida una tasa administrativa adecuada.

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

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

(a) Continuación de la cobertura COBRA

"La Cobertura de Continuación COBRA" es una continuación de la cobertura del Plan cuando la misma finalizaría de otro modo debido a un acontecimiento vital conocido como "Acontecimiento que da derecho a cobertura". COBRA (y la descripción de la Cobertura de Continuación COBRA contenida en este Plan) no se aplica a los siguientes beneficios (si están disponibles como parte del plan del Empresario): seguro de vida, muerte accidental y beneficios por desmembramiento.

(b) Acontecimientos que cumplen con los requisitos

Se considera hecho causante cualquiera de los enumerados a continuación. Tras un evento calificador, se le ofrecerá la Cobertura de Continuación COBRA a usted y a sus dependientes que sean "Beneficiarios Calificados". Un Beneficiario Calificado es alguien que está o estuvo cubierto por la UABT y que ha perdido o perderá la cobertura del Plan debido a la ocurrencia de un Evento Calificadorio.

Un Empleado, que está inscrito en la UABT y es un Empleado cubierto, se convertirá en un Beneficiario Calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a que ocurra uno de los siguientes Eventos Calificadorios:

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

Su cónyuge se convertirá en Beneficiario Cualificado si pierde la cobertura de la UABT por producirse alguno de los siguientes Eventos Calificatorios:

- 1) El Empleado fallece.
- 2) Se reducen las horas de trabajo del empleado.
- 3) El empleado deja de trabajar por cualquier motivo que no sea una falta grave.
- 4) El trabajador adquiere el derecho a las prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- 5) El Empleado se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en Beneficiarios Cualificados si pierden la cobertura del Plan porque se produce alguno de los siguientes Eventos Calificatorios:

- 1) Fallece el empleado con cobertura parental.
- 2) se reducen las horas de trabajo del empleado con cobertura parental.
- 3) El empleado con cobertura parental deja de trabajar por cualquier motivo que no sea una falta grave.
- 4) El empleado con cobertura parental adquiere el derecho a las prestaciones 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 a cargo.

(c) Notificación al Empresario de los Supuestos Calificadores

Cuando el Evento Calificatorio sea la terminación del empleo (por razones que no sean mala conducta grave), reducción de horas de empleo, muerte del Empleado cubierto, o que el Empleado cubierto tenga derecho a beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B, o ambas), el Empresario deberá notificar al Administrador de COBRA de la UABT sobre el Evento Calificatorio.

(d) Notificación al Empleado de los Eventos Calificatorios

En ciertas circunstancias, usted o sus dependientes elegibles, con el fin de proteger sus derechos bajo COBRA, están obligados a proporcionar una notificación al Administrador de COBRA por escrito, ya sea por correo o entrega en mano. Estas circunstancias son cualquiera de las siguientes:

- 1) Notificación de divorcio o separación: Notificación de la existencia de un Supuesto Calificador consistente en el divorcio o la Separación Legal de un Empleado (o antiguo Empleado) cubierto de su cónyuge.
- 2) Notificación de pérdida de la condición de dependiente de un hijo: Notificación de la ocurrencia de un Supuesto Calificatorio que es el cese de un individuo de ser elegible como Hijo Dependiente bajo los términos del Plan.
- 3) Notificación de un segundo hecho causante: Notificación del acaecimiento de un segundo Supuesto Calificador después de que un Beneficiario Cualificado haya adquirido el derecho a la Cobertura de Continuación COBRA con una duración máxima de 18 (o 29) meses.
- 4) Notificación de incapacidad: Notificación de que la Administración de la Seguridad Social ("SSA") ha determinado que un Beneficiario Cualificado con derecho a recibir la Cobertura de Continuación COBRA con una duración máxima de 18 meses está incapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días de la Cobertura de Continuación COBRA.
- 5) Notificación de finalización de la incapacidad: Notificación de que un Beneficiario Cualificado, con respecto al cual se ha proporcionado una notificación descrita anteriormente en el punto 4, ha sido posteriormente declarado por la SSA que ya no está incapacitado.

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

La notificación debe incluir una descripción adecuada del Evento Calificatorio o determinación de incapacidad.

(e) Plazo de notificación

En el caso de los Hechos Vinculantes descritos anteriormente, la notificación debe efectuarse en un plazo de 60 días a partir del último acontecimiento que se produzca y que se indica a continuación:

- 1) La fecha en que se produzca el Hechos causante.
- 2) La fecha en la que el beneficiario cualificado pierda (o vaya a perder) la cobertura del plan debido a un supuesto de cualificación.
- 3) La fecha en la que se notifica al beneficiario cualificado a través de la SPD del Plan o de una notificación general, y/o en la que éste toma conocimiento de su condición de beneficiario cualificado y/o de la ocurrencia de un evento cualificador; así como su responsabilidad posterior o la de su dependiente de cumplir con los procedimientos del Plan para notificar al administrador de COBRA dicha condición.

Como se ha descrito anteriormente, si se determina que usted o su dependiente reúne los requisitos necesarios para estar incapacitado conforme a la Ley de Seguridad Social, la notificación deberá entregarse en un plazo no superior a 60 días a partir de la última de las siguientes fechas

- 1) La fecha de la determinación de incapacidad por parte de la SSA.
- 2) La fecha en la que se produzca el hecho causante.

3) La fecha en que el Beneficiario Cualificado pierda (o perdería) la cobertura del Plan como consecuencia del Evento Cualificante.

4) La fecha en la que usted o su beneficiario cualificado son informados, mediante la entrega de la SPD del Plan o la notificación general, acerca de la responsabilidad de proporcionar la notificación. En cualquier caso, esta notificación debe facilitarse dentro de los primeros 18 meses de Cobertura Continuada COBRA.

En el caso de un cambio en el estado de incapacidad descrito anteriormente, el aviso debe proporcionarse antes de 30 días después de la última de las siguientes fechas

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 se informe al Beneficiario Calificado, mediante la entrega de la SPD del Plan o la notificación general, tanto de la responsabilidad de proporcionar la notificación como de los procedimientos del Plan para proporcionar dicha notificación al Administrador de COBRA.

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

(f) ¿Quién puede efectuar la notificación?

Usted o las personas a su cargo que estén relacionadas con un Supuesto Beneficiario, o cualquier representante que actúe en su nombre y en el de las personas a su cargo que reúnan los requisitos, pueden efectuar la notificación. La notificación por parte de una sola persona satisfará cualquier responsabilidad de notificación en nombre de todos los Beneficiarios Cualificados relacionados con respecto al Hecho Vinculante.

(g) Contenido obligatorio de la notificación

Una vez recibida la notificación de un hecho habilitante, la UABT debe proporcionar al beneficiario o beneficiarios cualificados una notificación de su decisión, en la que se describan sus derechos o los de su dependiente cualificado a la continuidad de la cobertura conforme a COBRA y la forma de realizar dicha elección. El aviso debe contener la siguiente información:

1) Nombre y dirección del Empleado o antiguo Empleado cubierto.

2) Nombre del Plan y nombre, dirección y número de teléfono del administrador de COBRA del Plan.

3) Identificación del hecho causante y su fecha (el hecho causante inicial y su fecha si usted o las personas a su cargo ya reciben la cobertura continua COBRA y desean ampliar el período máximo de cobertura).

4) Descripción del hecho causante (por ejemplo, divorcio, separación legal, cese de la situación de dependencia, derecho a Medicare por parte del empleado o antiguo empleado cubierto, fallecimiento del empleado o antiguo empleado cubierto, discapacidad de un beneficiario cualificado o pérdida de la situación de discapacidad).

(a) En el caso de un Hecho Calificador como divorcio o Separación Legal, nombre(s) y dirección(es) del cónyuge e Hijo(s) Dependiente(s) cubierto(s) por el Plan, fecha de divorcio o Separación Legal y copia de la sentencia de divorcio o Separación Legal.

(b) En el caso de un Supuesto Beneficiario que incluya el derecho a Medicare del Empleado o antiguo Empleado cubierto, la fecha del derecho y el nombre y dirección del cónyuge y del Hijo o Hijos a cargo cubiertos por el Plan.

(c) En el caso de un Supuesto calificador que sea el cese de la situación de Dependiente bajo el Plan de un Hijo Dependiente, nombre y dirección del Hijo, la razón por la que el Hijo dejó de ser un Dependiente elegible (por ejemplo, alcanzó el límite de edad).

(d) En el caso de un Supuesto calificador que sea el fallecimiento del Empleado o antiguo Empleado cubierto, la fecha del fallecimiento, y el nombre y dirección del cónyuge y del Hijo o Hijos Dependientes cubiertos por el Plan.

(e) En caso de Invalidez de un Beneficiario Cualificado, nombre y dirección del Beneficiario Cualificado incapacitado, nombre(s) y dirección(es) de otros miembros de la familia cubiertos por el Plan, fecha de inicio de la invalidez, fecha de la resolución de la SSA y copia de la resolución de la SSA.

(f) En el caso de un Supuesto Calificador que sea la pérdida de la condición de discapacitado, nombre y dirección del Beneficiario Calificado que ya no está discapacitado, nombre(s) y dirección(es) de otros miembros de la familia cubiertos por el Plan, la fecha en que terminó la discapacidad y la fecha de la resolución de la SSA.

5) Identificación de los beneficiarios admisibles (por nombre o condición).

6) Explicación del derecho de los beneficiarios a elegir la continuación de la cobertura.

- 7) La fecha en que finalizará (o ha finalizado) la cobertura si no se elige la continuación de la misma.
- 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) de qué cobertura continua se dispone, durante cuánto tiempo y (si es inferior a 36 meses) cómo puede prorrogarse por incapacidad o por un segundo hecho causante.
- 11) cómo puede finalizar anticipadamente la continuación de la cobertura.
- 12) Requisitos para el pago de las primas, incluidas las fechas de vencimiento y los periodos de carencia.
- 13) Una declaración sobre la importancia de mantener informado al administrador del plan sobre las direcciones de los beneficiarios cualificados.
- 14) Una declaración en la que se indique que la notificación de afiliación no ofrece una descripción completa de COBRA ni del plan y que el administrador del plan y la SPD ofrecen más información al respecto.
- 15) Una certificación de que la información es verdadera y correcta, con firma y fecha.

Si no se puede proporcionar una copia de la sentencia de divorcio o Separación Legal o la decisión de la SSA antes de la fecha límite para proporcionar el aviso, complete y proporcione el mismo, según las instrucciones, antes de la fecha límite y presente la copia de la sentencia de divorcio o Separación Legal o la decisión de la SSA dentro de los 30 días siguientes a la fecha límite. La notificación será válida si se realiza dentro de plazo. Sin embargo, no se dispondrá de la Cobertura Continuada COBRA, ni de la ampliación de dicha Cobertura, hasta que se presente la copia de la sentencia de divorcio o Separación Legal o la decisión de la SSA.

Si la notificación no contiene toda la información requerida, el administrador de COBRA podrá solicitar información adicional. Si usted o su(s) beneficiario(s) cualificado(s) no facilitan dicha información en el plazo especificado por el administrador de COBRA en la solicitud, el mismo podrá rechazar la notificación si no contiene información suficiente para que identifique el plan, a usted y a sus beneficiarios cualificados, el hecho causante o la discapacidad, y la fecha en que se produjo el hecho causante, en su caso.

(h) Elección de la continuidad de la cobertura COBRA

La UABT le proporcionará instrucciones completas sobre cómo elegir la continuidad de la cobertura COBRA en un plazo de 14 días a partir de la fecha de recepción de la notificación del hecho causante. Usted y/o su(s) Beneficiario(s) que cumpla(n) los requisitos dispondrán entonces de 60 días para elegir la Continuación de la Cobertura COBRA. El plazo de 60 días se cuenta a partir de la fecha de finalización de la cobertura o de la fecha de la notificación con las instrucciones, la que sea más tardía. Si no se elige la Cobertura de Continuación COBRA en ese período de 60 días, cesa el derecho a elegirla.

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

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

(i) Renuncia antes de que finalice el periodo de afiliación

Si durante el periodo de afiliación usted o su(s) beneficiario(s) cualificado(s) renuncia(n) a la continuación de la cobertura COBRA, la renuncia puede revocarse en cualquier momento antes de que finalice el periodo correspondiente. La revocación de la renuncia constituye una elección de la continuación de la cobertura COBRA. No obstante, 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 cobertura hasta la revocación de la renuncia). Las renunciaciones y revocaciones de renunciaciones se consideran realizadas en la fecha en que se envían a la UABT.

(j) Duración de la cobertura continua COBRA

El periodo de tiempo máximo que se indica a continuación determinará durante cuánto tiempo estará disponible la Continuación de Cobertura COBRA. El periodo de tiempo máximo para la cobertura se basa en el tipo de Supuesto Beneficiario y en la situación del mismo. Si se producen varios Hechos Perjudiciales que puedan acumularse en virtud de COBRA, la cobertura no podrá prolongarse más de 36 meses a partir de la fecha del Hecho Perjudicial original. Cuando el Supuesto Calificador es el "derecho a Medicare", el periodo de continuación de 36 meses se mide a partir de la fecha del Supuesto Calificador original. Para todos los demás Supuestos Causantes, el periodo de continuación se calcula a partir de la fecha del Supuesto Causante, no a partir de la fecha de pérdida de cobertura.

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

Cuando el Supuesto Causante sea el fallecimiento del Empleado (o antiguo Empleado) cubierto, el hecho de que el Empleado (o antiguo Empleado) cubierto pase a tener derecho a prestaciones de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas), un divorcio o Separación Legal, o la pérdida de elegibilidad de un Hijo Dependiente como Hijo Dependiente, la Cobertura de Continuación COBRA durará hasta un total de 36 meses.

Si el hecho causante es el cese de la relación laboral o la reducción de las horas de trabajo y el derecho a las prestaciones de Medicare se adquiere menos de 18 meses antes del hecho causante, la continuidad de la cobertura COBRA para los beneficiarios que no sean el empleado cubierto se prolonga hasta 36 meses después de la fecha en que se adquiere el derecho a las prestaciones de Medicare. Por ejemplo, si adquiere el derecho a Medicare ocho meses antes de la fecha en que finaliza su empleo, la Cobertura de Continuación COBRA para usted o su cónyuge e hijos puede durar hasta treinta y seis meses después de la fecha en que adquiere el derecho a Medicare, lo que equivale a veintiocho meses después de la fecha del Supuesto Calificador (treinta y seis meses menos ocho meses).

De lo contrario, cuando el Supuesto Causante es el cese de la relación laboral (por motivos distintos a una falta grave) o la reducción de sus horas de trabajo, la Continuación de la Cobertura COBRA sólo dura, por lo general, hasta un total de 18 meses. Existen dos formas de ampliar este periodo de 18 meses de cobertura continua COBRA.

(k) Prórroga de la cobertura COBRA por discapacidad

La incapacidad puede ampliar el periodo de 18 meses de continuidad de la cobertura en caso de que se produzca un Supuesto Calificador, es decir, el cese de la relación laboral o la reducción de horas, si la Administración de la Seguridad Social ("SSA") determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está incapacitado y usted lo notifica a la UABT.

Usted y las personas a su cargo pueden tener derecho a 11 meses adicionales de Cobertura Continuada COBRA, hasta un total de 29 meses, si la incapacidad comenzó en algún momento antes de los 60 días de Cobertura Continuada COBRA y dura al menos hasta el final del periodo de 18 meses de Cobertura Continuada COBRA. El Plan puede facturar el 150% del coste de la prima por el periodo ampliado de cobertura.

(l) Segundo acontecimiento que da derecho a la prórroga de la cobertura COBRA

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

(m) Cobertura ampliada sólo para los afiliados en California

Cualquier Beneficiario Cualificado de California podrá prorrogar la cobertura durante dieciocho (18) meses hasta un máximo acumulativo de treinta y seis (36) meses.

(n) Duración reducida de la cobertura continua COBRA

La COBRA establece los periodos obligatorios de cobertura para la continuación de las prestaciones sanitarias. No obstante, un plan puede ofrecer periodos de cobertura más largos que los exigidos por COBRA. Por lo general, los Beneficiarios Cualificados de COBRA tienen derecho a la cobertura del grupo durante un máximo de 18 meses tras los Hechos Calificadores derivados de la finalización de la relación laboral o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos Hechos Calificadores, o un segundo Hecho Calificador durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un Beneficiario Cualificado reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

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

(o) Requisitos de cotización y/o primas

El coste de la Continuación de Cobertura COBRA deberá abonarse en los 45 días siguientes a su elección. Posteriormente, los pagos deberán efectuarse el primer día de cada mes. La continuidad de la cobertura COBRA se cancelará y no se restablecerá si se efectúa un pago fuera de plazo; no obstante, la UABT deberá conceder un periodo de gracia de 30 días durante el cual se podrá efectuar un pago fuera de plazo sin perder la continuidad de la cobertura COBRA.

(p) Ley de Reforma del Comercio de 2002 y Ley de Ampliación de las Preferencias Comerciales de 2015

La Ley de Ampliación de las Preferencias Comerciales de 2015 ha prorrogado determinadas disposiciones de la Ley de Reforma del Comercio de 2002, que creó un derecho especial COBRA aplicable a determinados empleados que han

sido despedidos o han experimentado una reducción de horas y que reúnen los requisitos para recibir un "subsidio de readaptación profesional" o una "ayuda alternativa de readaptación profesional." Estas personas pueden acogerse a un Crédito Fiscal por Cobertura Sanitaria (HCTC) u obtener el pago anticipado del porcentaje aplicable de las primas abonadas por una cobertura de seguro médico cualificada, incluida la continuación de la cobertura COBRA. Estas personas también tienen derecho a una segunda oportunidad de elegir la cobertura COBRA para sí mismas y para determinados miembros de su familia (si aún no han elegido la cobertura COBRA). Esta elección debe efectuarse dentro del plazo de 60 días que comienza el primer día del mes en el que la persona cumple los requisitos para recibir asistencia en virtud de la Ley de Reforma del Comercio de 2002. No obstante, esta elección no puede efectuarse más de seis meses después de la fecha de finalización de la cobertura del plan de salud colectivo de la persona.

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

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

(q) Información adicional

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

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

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

(r) Direcciones actuales

Es posible que se le envíe información importante por correo. Con el fin de proteger su COBRA y las de su(s) beneficiario(s) cualificado(s), debe mantener informada a la UABT de cualquier cambio en la dirección de los miembros de su familia.

Sección 4, Opciones de cobertura alternativas

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

Parte IV, Ampliación de prestaciones

Sección 1, Ampliación de las prestaciones de seguro de vida para los empleados

Si, en el momento de finalizar su derecho a las prestaciones del seguro de vida colectivo, sufre una incapacidad total y continuada como consecuencia de una enfermedad o lesión, puede optar a una prórroga de las prestaciones mediante una exención de prima mientras dure su incapacidad total.

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

La no presentación de una solicitud de exención de prima dentro del límite requerido de seis (6) a doce (12) meses puede invalidar su derecho a la exención de prima. Los formularios 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 Afiliado de la UABT (800) 223.4590 para solicitar ayuda.

Sección 2, Prestaciones no prorrogables

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

Parte V, Definiciones generales

Existen varios términos utilizados para describir las prestaciones 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 subvencionables; debe consultar la sección correspondiente para obtener más información.

Sección 1, Accidente

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

Las prestaciones por accidente no se aplicarán a ninguna lesión resultante de: (a) una pelea iniciada o provocada por el paciente; (b) cualquier disputa familiar; (c) abuso de sustancias; (d) un acto de guerra, declarada o no; enfermedad o trastorno mental; (e) tratamiento médico, dental o quirúrgico; (f) lesión sufrida mientras la persona participaba voluntariamente en una actividad inusualmente peligrosa; (g) lesión sufrida en estado de embriaguez, bajo los efectos de sustancias tóxicas o bajo los efectos de cualquier estupefaciente, salvo que haya sido administrado por prescripción facultativa; o (h) lesión sufrida durante la participación en actividades delictivas y/o cualquier actividad ilegal, sin incluir las infracciones leves de tráfico.

Sección 2, Actividades de la vida diaria

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

Sección 3, ADA

"ADA" significa Asociación Dental Americana.

Sección 4, Resolución desfavorable de la prestación

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

- a) Denegación de prestaciones.
- b) una reducción de las prestaciones
- c) la rescisión de la cobertura como consecuencia de un error de la empresa o de una declaración falsa por su parte, aunque la rescisión no afecte a una solicitud de prestaciones en curso.
- d) La finalización de las prestaciones.
- e) La no concesión o pago (total o parcial) de una prestación, incluida la denegación, reducción, rescisión o no concesión o pago que se base en la determinación de la elegibilidad del afiliado para participar en el Plan.
- f) La denegación, reducción o finalización de una prestación, o la no prestación o pago (total o parcial) de la misma, como consecuencia de la aplicación de una revisión de utilización.
- g) La no cobertura de un artículo o servicio para el que, de otro modo, se proporcionan prestaciones, porque se determina que es Experimental o de Investigación o que no es Médicamente Necesario o apropiado.

Sección 5, Ley de Asistencia Sanitaria Asequible (ACA)

Por "Ley de Asistencia Sanitaria Asequible (ACA)" se entiende la ley de reforma sanitaria promulgada en marzo de 2010. La ley se promulgó en dos partes: La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act) fue promulgada el 23 de marzo de 2010 y fue modificada por la Ley de Reconciliación del Cuidado de Salud y Educación (Health Care and Education Reconciliation Act) el 30 de marzo de 2010. El nombre "Ley de Asistencia Asequible" se utiliza habitualmente para referirse a la versión final y modificada de la ley. En este documento, el Plan utiliza el nombre Ley de Asistencia Asequible (ACA) para referirse a la ley de reforma sanitaria.

Sección 6, Gastos Permitidos

El término "Gasto Permitido" hace referencia al Cargo Máximo Permitido para un Gasto Cubierto médicamente necesario. El término "Gasto Permitido" se refiere a tipos específicos de servicio, 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 máximos de prestaciones. Cuando algún "otro plan" proporcione prestaciones en forma de servicios (en lugar de pagos en efectivo), el Administrador del Plan evaluará el valor de dicha prestación o prestaciones y determinará el valor razonable en efectivo del servicio o servicios prestados, determinando el importe que sería pagadero de acuerdo con las condiciones del Plan. Las prestaciones pagaderas en virtud de cualquier otro plan incluyen las prestaciones que habrían sido pagaderas si la solicitud de reembolso se hubiera presentado debidamente, independientemente de que se haya presentado o no".

Sección 7, Destinatario alternativo

El término “Destinatario alternativo” es cualquier hijo de un participante de UABT a quien se le reconoce, según una orden de manutención médica para hijos o un aviso nacional de manutención médica, que tiene derecho a inscribirse en el Plan como dependiente.

Sección 8, Centro de Cirugía Ambulatoria

El término “Centro de Cirugía Ambulatoria” se refiere a un centro de atención médica que le ofrece la oportunidad de que se realicen servicios quirúrgicos y de procedimientos seleccionados fuera del entorno hospitalario. Un centro es una instalación de atención médica moderna centrada en brindar atención quirúrgica en el mismo día, incluidos procedimientos diagnósticos y preventivos.

Sección 9, Ensayo clínico aprobado

El término “ensayo clínico aprobado” se refiere a un ensayo de fase I, II, III o IV financiado federalmente por agencias específicas (Institutos Nacionales de Salud (NIH), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDCP), Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ), Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Departamento de Defensa (DOD) o Asuntos de Veteranos (VA), o una entidad no gubernamental identificada por las directrices de los NIH) o que se realiza bajo una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (si se requiere dicha solicitud). La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio exige que si una “persona calificada” participa en un “ensayo clínico aprobado”, UABT no puede negar la cobertura de servicios relacionados (“costos de paciente de rutina”).

Una “persona calificada” es alguien que es elegible para participar en un “ensayo clínico aprobado” y el médico de la persona ha concluido que la participación es apropiada, o el participante proporciona información médica y científica que establece que su participación es apropiada.

Los “costos de rutina para pacientes” incluyen todos los artículos y servicios consistentes con la cobertura proporcionada en el plan que generalmente está cubierto para una persona calificada que no está inscrita en un ensayo clínico. Los costos de rutina para pacientes no incluyen 1) el artículo, dispositivo o servicio de investigación en sí; 2) artículos y servicios que se brindan únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos y que no se utilizan en el manejo clínico directo del paciente; y 3) un servicio que es claramente inconsistente con los estándares de atención ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico particular. Los planes no están obligados a proporcionar beneficios para los servicios de atención de rutina al paciente proporcionados fuera del área de la red del plan, a menos que el plan proporcione beneficios fuera de la red.

Sección 10, Cesión de Beneficios

“Cesión de Beneficios” significará un acuerdo mediante el cual el Participante, a discreción de UABT, asigna su derecho a solicitar y recibir el pago de los beneficios elegibles del Plan, sin incluir Deducibles, Copagos y el porcentaje de coseguro que no paga el Plan, en estricta conformidad con los términos de este Documento, a un Proveedor. El Plan de UABT no permite ni reconoce la Cesión de Beneficios, que muchos proveedores exigen como condición del 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 del presente Documento. Un Proveedor que acepta este acuerdo indica la aceptación de una Cesión de Beneficios y Deducibles, Copagos y el porcentaje de coseguro que es responsabilidad del Participante, como contraprestación total por los servicios, suministros y/o tratamiento prestados. UABT puede revocar o ignorar una Cesión de Beneficios a su discreción y continuar tratando al Participante como el único beneficiario. La Cesión de Beneficios se aplicará únicamente al pago y no transfiere ningún otro derecho a un Proveedor por parte de un Participante. Una Cesión de Beneficios no designa al Proveedor ni a ninguna otra persona como Representante Autorizado con el fin de emprender acciones legales contra UABT.

Si bien los Beneficios pueden pagarse a un Participante o a un Proveedor que haya aceptado una Cesión de Beneficios como contraprestación total por los servicios prestados, UABT puede pagarle a un Proveedor directamente según los acuerdos de red de proveedores. Si el pago se realiza directamente a un Proveedor, el Proveedor y el monto del pago se identificarán en la Explicación de Beneficios (EOB).

Designación de Representante Autorizado

A un Participante se le permite designar un representante autorizado para actuar en su nombre con respecto a una solicitud de reintegro de beneficio o apelación de una denegación. Una Cesión de Beneficios por parte de un Participante a un Proveedor no constituirá el nombramiento de ese Proveedor como representante autorizado. Para designar a dicho representante, el Participante debe completar un formulario que puede obtenerse en UABT. Sin embargo, en relación con un reclamo que involucra atención de urgencia, el Plan permitirá que un profesional de atención médica con conocimiento de la condición médica del Participante actúe como representante autorizado del Participante sin completar este formulario. En caso de que un Participante designe a un representante autorizado, todas las comunicaciones futuras del Plan se realizarán con el representante, en lugar del Participante, a menos que el Participante indique lo contrario a UABT, por escrito.

Cesión

Un Participante puede ceder los beneficios por gastos médicos cubiertos en virtud de este Plan al Proveedor como contraprestación total por los servicios prestados; sin embargo, si esos beneficios se pagan directamente al Empleado, se considerará que el Plan ha cumplido con 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 para no cumplir con la cesión, firmada por el Empleado cubierto y el cesionario, antes de presentar la constancia de siniestro.

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

Un Proveedor que acepta una Cesión de Beneficios, en virtud de este Plan como contraprestación total por los servicios prestados, está obligado por las reglas y disposiciones establecidas en los términos del presente documento.

Los beneficios adeudados a cualquier Proveedor de la red se considerarán "cedidos" a dicho Proveedor y se pagarán directamente a dicho Proveedor, independientemente de que se haya ejecutado o no una Cesión de Beneficios por escrito. Sin perjuicio de cualquier cesión o no cesión de beneficios en contrario, al pagar los beneficios adeudados en virtud del Plan, se considera que el Plan ha cumplido con sus obligaciones con respecto a dichos beneficios, ya sea que el pago se realice o no de acuerdo con cualquier cesión o solicitud.

Cualquier beneficio médico, dental u oftalmológico y medicamentos recetados proporcionados por el Plan pueden limitarse o reducirse si los servicios se realizan fuera de los Estados Unidos y no pertenecen a la red. El Fideicomiso se reserva el derecho de determinar los beneficios pagaderos, si corresponde, por todos esos servicios. La cesión de beneficios a proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos no se aceptará a menos que UABT la apruebe antes de la fecha de los servicios.

Consulte la Parte VI, Sección 4, Servicios fuera del Panel realizados fuera de los EE. UU. para conocer los límites de cesión a proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos.

Sección 11, Año natural

El término "año natural" significa el período que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre de cada año.

Sección 12, Enfermera anestesista registrada y certificada

El término "enfermera anestesista registrada y certificada" significa una enfermera registrada con licencia que proporciona anestésicos a pacientes en colaboración con cirujanos, anesthesiólogos, 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 Anestesiistas.

Sección 13, Solicitud de reintegro transparente

El término "solicitud de reintegro transparente" se refiere a una solicitud de reintegro que puede ser procesada de acuerdo con los términos de UABT sin obtener información adicional del Proveedor o de un tercero. Se trata de una solicitud de reintegro que no carece de la documentación requerida, o de una circunstancia particular que requiera un tratamiento especial que impida que se efectúe el pago a tiempo tal y como se establece en este documento, y solo en la medida en que este documento lo permita.

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

Presentación de una solicitud de reintegro transparente. Un Proveedor presenta una solicitud de reintegro transparente proporcionando los elementos de datos requeridos en los formularios de solicitud 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. 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 solicitud de reintegro) para garantizar que los cargos constituyen Gastos Cubiertos tal y como se definen y de acuerdo con los términos del presente documento. El formulario de solicitud de reembolso impreso o el archivo electrónico deben incluir todos los datos requeridos y deben ser completos, legibles y precisos. Una solicitud de reintegro no se considerará solicitud de reintegro transparente si el Participante no ha presentado también al Plan los formularios requeridos o la información adicional.

Sección 14, Complicaciones del embarazo

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

Sección 15, Continuidad asistencial

En virtud de la Ley de Asignaciones Consolidadas (CAA) de 2021, un Paciente de Atención Continuada que esté recibiendo tratamiento para una Enfermedad Grave y Compleja puede optar por seguir recibiendo beneficios a nivel de red de un proveedor (incluidos los centros) cuya relación contractual con el plan de salud haya finalizado mientras el Paciente esté recibiendo atención durante un periodo de 90 días.

Un Paciente de Atención Continuada se define como una persona que está

En tratamiento por una enfermedad grave y compleja por parte del proveedor o centro;

Está recibiendo cuidados institucionales o de hospitalización por parte de un proveedor o centro;

Está programada para someterse a una intervención quirúrgica no electiva por parte de un proveedor, incluida la atención postoperatoria por parte del proveedor y/o centro;

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

Tiene, o se determinó que tiene una enfermedad terminal y está recibiendo tratamiento para una enfermedad por parte del proveedor y/o centro.

Una Enfermedad Grave y Compleja se define como una condición que es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento especializado a fin de evitar la muerte o un daño permanente; o,

Es una enfermedad que se considera potencialmente mortal, degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita y requiere atención especializada durante un período prolongado de tiempo.

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 miembros elegibles de la familia en circunstancias especiales, de acuerdo con los términos del Plan.

Sección 17, Panel de contratación

El Panel de Contratación de UABT o "Panel de Red" es una Organización de Proveedores Preferidos ("PPO") a través de la cual UABT contrata servicios de atención médica, dental y oftalmológica para los beneficiarios cubiertos. Estos proveedores han contratado con la PPO para aceptar una estructura de tarifas competitiva para los servicios médicos realizados. Los beneficios adeudados a cualquier proveedor de la red se considerarán "cedidos" a dicho Proveedor y se pagarán directamente a dicho Proveedor, independientemente de que se haya ejecutado o no una Cesión de Beneficios por escrito.

Una lista de los proveedores del Panel de Contratación está disponible sin costo alguno en UABT si la solicita, está disponible en línea o puede llamar a la PPO al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de UABT.

Sección 18, Proveedores y hospitales contratados

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 UABT o su red PPO en el momento en que se prestan los servicios. Los proveedores contratantes acuerdan aceptar las tarifas negociadas como pago total por los servicios cubiertos.

El término "Hospital contratado" u "Hospital de 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 contratantes acuerdan aceptar las tarifas negociadas en lugar de las tarifas facturadas. Los beneficios adeudados a cualquier proveedor de la red se considerarán "cedidos" a dicho Proveedor y se pagarán directamente a dicho Proveedor, independientemente de que se haya ejecutado o no una Cesión de Beneficios por escrito.

Una lista de proveedores y hospitales contratados está disponible sin costo alguno en UABT si la solicita o puede llamar al PPO al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de UABT.

Sección 19, Coordinación de Beneficios (C.O.B.)

El término "coordinación de beneficios" o "C.O.B." se refiere a las disposiciones del Plan que limitan el pago total bajo dos o más planes de beneficios de modo que la combinación de planes no pague más que el Cargo Máximo Permitido por atención médica, dental u oftalmológico o gastos de medicamentos recetados cubiertos.

Sección 20, Copago

El término "Co-pago" o "Copago" significa los requisitos de costos compartidos del paciente según se especifica en el Programa aplicable de Beneficios Médicos, Dentales, de Medicamentos Recetados y/o de Gastos oftalmológicos.

Sección 21, Cirugía estética

El término "cirugía estética" no se aplica al gasto incurrido para la reparación de una lesión sufrida dentro del año de un accidente que ocurrió mientras la persona estaba cubierta para recibir beneficios en virtud del Plan, para la corrección de una deformidad congénita en un niño que era elegible en virtud del Plan al nacer, y/o para cirugía reconstructiva postmastectomía para lograr simetría entre los senos, prótesis y complicaciones resultantes de una mastectomía (incluido linfedema).

Sección 22, Gasto cubierto

El término "Gasto cubierto" significa el cargo máximo permitido por un servicio, tratamiento o suministro médicamente necesario. Gasto incurrido por un tipo de tratamiento, servicio o suministro 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 beneficio máximo aplicable que se determinará en función de todas las demás disposiciones del Plan designadas en los programas de beneficios. Gasto cubierto por un servicio, tratamiento o suministro elegible desde el punto de vista médico, destinado a mejorar una afección o la salud del Participante, que es elegible para 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 y no menos efectiva que cualquier otra opción.

Sección 23, Atención de custodia, rehabilitación o mantenimiento

Los términos atención de custodia, rehabilitación o mantenimiento se refieren a cualquier atención que ya no se clasifica como aguda, cuando el progreso del paciente se ha estabilizado esencialmente y el deterioro médico debe considerarse permanente. No se espera razonablemente que dicha atención mejore la afección médica subyacente, aunque pueda aliviar los síntomas del dolor. Este cuidado incluye, pero no se limita a, bañarse, vestirse, alimentarse, preparar dietas especiales, ayudar a caminar o acostarse o levantarse de la cama, supervisión de medicamentos que normalmente pueden ser autoadministrados y todas las actividades domésticas. Además, este tipo de atención incluiría, pero no se limitaría a, la atención en un ala de rehabilitación de un hospital de cuidados intensivos, un centro de atención prolongada o un centro de enfermería especializada, excepto lo dispuesto en cualquier disposición de un hospital de convalecencia o un centro de atención prolongada del plan.

Sección 24, Deducible

El término "deducible" o "deducible en efectivo" significa el monto del gasto cubierto en el que usted o sus dependientes deben incurrir antes de que los beneficios sean pagaderos según los términos del Plan. Los cargos que no califican como gastos cubiertos no se pueden utilizar para satisfacer ninguna parte del deducible del paciente. Tenga en cuenta que su deducible puede restablecerse si cambia hacia o desde un plan calificado para HSA.

Sección 25, Servicios dentales

El término "servicios dentales" significa servicios cubiertos en el Programa de Beneficios de Gastos Dentales o servicios asistenciales médicamente necesarios para el pago de la reducción de fracturas de mandíbulas o huesos faciales, maloclusión severa/muelas del juicio impactadas que no están completamente erupcionadas; cálculos de los conductos salivales; escisión de tumores malignos de la boca; cirugías orales 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 son un Gasto cubierto en virtud del beneficio médico.

Sección 26, Servicio de diagnóstico

El término "servicio de diagnóstico" significa servicios prescritos médicamente con el fin de proporcionar diagnósticos para promover y mantener la salud.

Sección 27, Medicamento

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

Sección 28, Equipo médico duradero

El término "equipo médico duradero" significa equipo médico recetado por un médico que 1) puede resistir el uso repetido, es decir, normalmente podría alquilarse y usarse por pacientes sucesivos y 2) se usa principal y habitualmente para cumplir un propósito médico, y 3) en general no es útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión y 4) es apropiado para uso en el hogar y 5) tiene un propósito terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los ejemplos incluyen 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 monto del precio de compra y solo cubrirá el costo del equipo estándar. Todo equipo médico duradero debe ser recetado por un médico o profesional médico que indique que el equipo es médicamente necesario.

Sección 29, Médico

El término "médico" significa únicamente un médico que ejerce dentro del alcance de su licencia como Doctor en Medicina (M.D.) u Osteopatía (D.O.); o, en la medida en que se brinden beneficios específicos según el Plan, un Doctor en Acupuntura, Odontología, Podología, Optometría o Quiropráctica que tenga la licencia y la acreditación adecuadas en

su campo de la medicina. También se incluye un óptico, psicólogo o practicante de la ciencia cristiana con licencia cuando realiza servicios cubiertos por el Plan.

Sección 30, Beneficios de salud esenciales

El término "beneficios de salud esenciales", según lo define la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, significará que aquellos beneficios de salud incluyan al menos las siguientes categorías generales y los artículos y servicios cubiertos dentro de las categorías: servicios para pacientes ambulatorios; servicios de emergencia; hospitalización; atención de maternidad y recién nacidos; servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias, incluido el tratamiento de salud conductual; 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, incluidos cuidados bucales y oftalmológicos.

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

Sección 31, Gasto excluido

El término "gasto excluido" se refiere a cargos o servicios que están específicamente excluidos por la Definición o Limitación del Plan.

Sección 32, Procedimiento experimental y/o de investigación: Medicación/Procedimiento

Los términos "procedimientos experimentales", "tratamiento en investigación", "procedimiento en investigación" o "tratamiento experimental" se refieren a medicamentos, terapia, cirugía, ensayos clínicos, protocolos de tratamiento u otro tratamiento médico aún en estudio, no reconocido como práctica médica aceptada y/o definido como experimental por la Asociación Médica Estadounidense y/o los Centros de Medicare y Medicaid (CMS). Artículos, medicamentos o sustancias que están bajo la jurisdicción de la Administración de Medicamentos y Alimentos federal de los Estados Unidos que se están probando pero que no han sido aprobados por la FDA y/o CMS o medicamentos aprobados utilizados para protocolos de tratamiento no reconocidos, no aceptados o no aprobados, también se consideran experimentales.

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

- 1) No constituyen una práctica médica aceptada según los estándares del caso y según los estándares de un segmento razonable de la comunidad médica o agencias de supervisión gubernamental en el momento de la presentación.
- 2) Se brindan sobre una base de investigación según lo determinado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos y el Consejo de Sociedades de Especialidades Médicas de la AMA.

Todas las fases de los ensayos clínicos se considerarán Experimentales.

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

- 1) Si el medicamento 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) No se ha otorgado la aprobación para la comercialización en el momento en que se suministra el medicamento o dispositivo; o
- 3) Si hay evidencia confiable que muestra que el medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico está sujeto a ensayos clínicos de Fase I, II o III en curso o está 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 la evidencia confiable muestra que el consenso entre los expertos con respecto al medicamento, dispositivo o 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 evidencia fiable uno o más de los siguientes:

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

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

- (a) Evaluaciones de medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense
- (b) Información sobre medicamentos del Servicio de formulario de los hospitales estadounidenses
- (c) Información sobre medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos; o
- (d) Un estudio clínico o artículo de revisión en una revista profesional revisada.

Sujeto a la opinión médica, si ningún otro tratamiento aprobado por la FDA es factible y, como resultado, el paciente enfrenta 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 discreción para determinar qué es Experimental o de Investigación.

Sección 33, Explicación de Beneficios (EOB)

El término "Explicación de beneficios" (EOB) significa un estado de cuenta que UABT le envía y que muestra los cargos, pagos y cualquier saldo adeudado a un proveedor. Podrá enviarse por correo postal o correo electrónico. Una Explicación de Beneficios puede servir como Determinación Adversa de Beneficios.

Sección 34, Centro de atención prolongada

El término "centro de atención prolongada" significa un centro médico independiente que tiene licencia como hospital de convalecencia o rehabilitación; o un área específica en un hospital de cuidados intensivos que funciona principalmente como unidad de rehabilitación o atención de convalecencia. Dicho centro o unidad debe calificar como "centro de atención prolongada" según las reglas y regulaciones federales de Medicare.

Sección 35, Centro

El término "Centro" significa la ubicación y/o fuentes de servicios médicos con licencia y que operan legalmente. Incluyen hospitales, centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios, centros de diálisis, cuidados paliativos, atención médica domiciliar, enfermería privada, clínicas, centros de atención ambulatoria y centros de atención especializada.

Sección 36, Información genética

El término "información genética" significa información sobre las pruebas genéticas de una persona, las pruebas genéticas de los miembros de la familia de la persona, la manifestación de una enfermedad o trastorno en los miembros de la familia de la persona o cualquier solicitud o recepción de servicios genéticos, o participación en investigaciones clínicas que incluyan servicios genéticos por parte de la persona de un pariente de la persona. El término información genética incluye, con respecto a una mujer embarazada (o un pariente de una mujer embarazada), información genética sobre el feto y con respecto a una persona que utiliza tecnología de reproducción asistida, información genética sobre el embrión.

Sección 37, Servicios de habilitación

El término "servicios de habilitación" significa servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias para la vida diaria. Estos servicios pueden incluir terapia física u ocupacional, terapia del habla y del lenguaje y otros servicios similares para personas con discapacidades en una variedad de entornos hospitalarios y/o ambulatorios.

Sección 38, Centros de salud y bienestar

El término "Centros de salud y bienestar" significa centros de salud y bienestar de UnitedAg que le brindan a usted y a sus dependientes una gama completa de servicios médicos y de tratamiento enfocados en las necesidades únicas de la comunidad agrícola, desde atención aguda y episódica hasta atención de riesgos para la salud y desde el manejo de enfermedades hasta el bienestar y la prevención. Muchos de los servicios mencionados están disponibles para usted con un copago de \$0 sin deducible para la mayoría de los planes.

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

El término “Mercado de seguros médicos (“Intercambio”) fue creado por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio que creó un nuevo mecanismo para comprar cobertura llamados intercambios, que son entidades que se establecerán en los estados para crear un mercado de seguros médicos más organizado y competitivo, ofreciendo una variedad de planes de salud, estableciendo reglas comunes con respecto a la oferta y el precio de los seguros y brindando información para ayudar a los consumidores a comprender mejor las opciones disponibles para ellos.

Sección 40, La HIPAA

El término "HIPAA" significa la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996, en su versión emendada.

Sección 41, Atención médica domiciliaria

El término “Atención médica domiciliaria” significa servicios de atención médica que se pueden brindar en su hogar por una enfermedad o lesión.

La atención médica domiciliaria puede incluir fisioterapia y ocupacional, logopedia y enfermería especializada. Puede implicar ayudar a los adultos mayores con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse y comer. Los profesionales de atención médica domiciliaria suelen ser enfermeras prácticas, terapeutas o asistentes de atención médica domiciliaria con licencia.

La atención médica domiciliaria no incluye una enfermera privada.

Sección 42, Hospital

El término "hospital" significa únicamente un centro médico autorizado y que opera legalmente y que cumple con todos los siguientes requisitos: (a) mantiene instalaciones permanentes para el cuidado de cinco o más pacientes residentes en cama, (b) tiene un médico residente de turno en todo momento, (c) cuenta con instalaciones para cirugía mayor, (d) brinda enfermería las veinticuatro (24) horas del día, supervisada por una enfermera graduada registrada; y (e) proporciona principalmente atención médica terapéutica y de diagnóstico general en un entorno que no sea un hogar de descanso, un hogar de ancianos, un hospital de convalecencia, un centro de atención prolongada, un hogar para ancianos o un centro de tratamiento de abuso de sustancias.

Sección 43, Hospitalización

El término "hospitalización" para fines de beneficios significa: (a) internación en un hospital como paciente en cama registrado durante al menos veinticuatro (24) horas consecutivas, incluidas las pruebas ambulatorias previas a la admisión antes de la hospitalización, (b) ingreso al departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para un procedimiento quirúrgico o (c) tratamiento en la sala de emergencias del hospital dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores 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 en fases, los gastos cubiertos se incurren en las etapas del tratamiento.

Sección 45, Fecha de ocurrencia, Gastos de embarazo

El término "fecha de ocurrencia" con respecto a los honorarios del caso por atención obstétrica total significa la fecha real del parto, aborto espontáneo o interrupción del embarazo, independientemente de la fecha de facturación, pago o servicios.

Sección 46, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

El término "unidad de cuidados intensivos" o "U.C.I." para fines de beneficios se refiere a un área hospitalaria separada, utilizada únicamente para el tratamiento de pacientes en estado crítico, que proporciona monitoreo las 24 horas del día por parte de enfermeras especiales y equipo médico. El término incluye Unidad de Cuidados Coronarios (UCC) y Unidad de Cuidados Críticos de Quemados.

Sección 47, Licencia

El término “licencia” significa un período de tiempo durante el cual usted debe estar ausente de su trabajo principal con su empleador, mientras mantiene el estado de Empleado durante el tiempo fuera del trabajo, generalmente solicitado por usted y habiendo sido aprobado por su empleador y según lo dispuesto en las reglas, políticas, procedimientos y prácticas de su empleador, cuando corresponda.

Sección 48, “Separación Legal” y/o “Separados Legalmente”

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

Sección 49, Procedimiento diagnóstico principal

El término "Procedimiento de Diagnóstico Principal" se refiere a los procedimientos de diagnóstico que se realizan normalmente en un centro de diagnóstico por imagen independiente o en un hospital/instalación, incluyendo, pero no limitado a, los siguientes: gammagrafías óseas, pruebas de esfuerzo, tomografías computarizadas, pruebas de medicina nuclear, resonancias magnéticas, resonancias magnéticas cerebrales, mielografías y tomografías por emisión de positrones.

Sección 50, Importe máximo permitido

Por "Importe Máximo Permitido" se entiende el beneficio pagadero por un servicio o tratamiento específico según la tarifa negociada con la(s) organización(es) proveedora(s) contratada(s) por el Fideicomiso (de existir).

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

Si no hay una tasa de reembolso de Medicare disponible para un determinado tratamiento, servicio o suministro, las tasas de reembolso de Medicare se calcularán con base en uno de los siguientes:

- (a) Precios establecidos por CMS utilizando métodos de pago estándar de Medicare y/o basados en datos de precios suplementarios de Medicare o Medicaid para artículos que Medicare no cubre según datos de CMS;
- (b) Precios establecidos por CMS utilizando métodos de pago estándar de Medicare y/o basados en las tarifas prevalcientes de Medicare en la comunidad para instalaciones que no son de Medicare para servicios y/o suministros similares proporcionados por proveedores de atención capacitados y capacitados de manera similar; o
- (c) Precios establecidos por CMS utilizando métodos de pago estándar de Medicare para artículos en entornos alternativos basados en las tarifas de Medicare proporcionadas por servicios y/o suministros similares pagados a proveedores de atención capacitados de manera similar en entornos tradicionales.

Con respecto a los Servicios de Emergencia Fuera de la Red, la asignación del Plan es mayor de:

- (a) El Monto del Pago Calificado,
- (b) Si corresponde, el monto negociado para Proveedores Dentro de la Red (el monto medio si hay más de un monto para Proveedores Dentro de la Red).
- (c) El monto pagadero normal fuera de la red del Plan después de considerar los criterios que se describen a continuación (reducido por costos compartidos).
- (d) El monto que pagarían las Partes A o B de Medicare (reducido por 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 con base en cualquiera de los siguientes: (i) datos de costos de Medicare; (ii) montos cobrados por proveedores de la zona por servicios similares; o (iii) precio mayorista promedio (AWP) o precio minorista 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 la otra, se considerará dentro del cargo máximo permitido la opción menos costosa que no sea menos efectiva que cualquier otra opción. El cargo máximo permitido se limitará a una cantidad que, a discreción del Administrador del Plan, se cobra por servicios o suministros que no sean causados sin razón por el Proveedor tratante, incluidos errores en la atención médica que sean claramente identificables, prevenibles, y graves en sus consecuencias para los pacientes. No se requiere un hallazgo de negligencia o mala práctica del Proveedor para que los servicios o tarifas se consideren no elegibles de conformidad con esta disposición.

Sección 51, Emergencia médica

El término "condición médica de emergencia" significa "una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso) de modo que una persona prudente y no especializada, que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar razonablemente la ausencia de atención médica inmediata para dar lugar a una condición descrita en la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA), que incluye (1) poner la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer) en peligro grave, (2) deterioro grave de las funciones corporales o (3) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Esta definición incluye condiciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias. Se pueden considerar otras Emergencias Médicas y condiciones agudas al recibir constancia, satisfactoria para el Plan, según el criterio del Administrador del Plan, de que existió una Emergencia.

De conformidad con la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social, "Servicios de Emergencia" significará (1) un examen de detección médica apropiado que esté dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un hospital o de un departamento de emergencias independiente, incluidos los servicios auxiliares disponibles de manera rutinaria al departamento de emergencias, para evaluar si existe una condición médica de emergencia; y (2) los exámenes y tratamientos médicos adicionales que puedan ser necesarios para estabilizar a la persona (independientemente del departamento del hospital en el que se realicen los exámenes y tratamientos médicos adicionales) dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el hospital o el departamento de emergencia autónomo e independiente.

Un "departamento de emergencia autónomo e independiente" pretende incluir cualquier centro de atención médica que esté geográficamente separado y distinto de un hospital, y que esté autorizado por un estado para brindar servicios de

emergencia, incluso si el centro no tiene licencia en virtud del término “departamento de emergencia autónomo e independiente”.

Las protecciones de costos compartidos y facturación del saldo de la Ley de No Sorpresas continúan desde la sala de emergencias hasta los servicios de posestabilización en un hospital o departamento de emergencia autónomo e independiente hasta que el médico de emergencia a cargo o el proveedor tratante determine que el participante, beneficiario o afiliado puede viajar utilizando servicios de transporte no médicos o transporte médico que no sea de emergencia a un proveedor o centro participante disponible ubicado dentro de una distancia de viaje razonable, teniendo en cuenta la condición médica de la persona. También se deben cumplir la notificación y el consentimiento, así como cualquier requisito adicional de la ley estatal, de conformidad con 45 CFR 149.410(b)(1), 45 CFR 149.410(b)(2), 45 CFR 149.420(c) a (g), 45 CFR 149.410(b)(3) y 45 CFR 149.410(b)(5).

Sección 52, Revisión de registros médicos

El término "Revisión de registros médicos" significa medición y revisión de registros médicos para comparar la documentación de la atención con criterios mensurables. La calidad del servicio se mide revisando el proceso de cada clínica para garantizar la puntualidad y seguridad de la atención adecuada al paciente. Esto incluye atención de emergencia, urgencia y no urgencia. La revisión también considera la necesidad médica del tratamiento y servicio.

Sección 53, Trastorno mental o nervioso

El término “trastorno mental o nervioso” significa cualquier enfermedad o condición, independientemente de si la causa es orgánica, que esté clasificada como Trastorno Mental o Nervioso en la edición actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, figura en la edición actual del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría u otras directrices estatales relevantes o fuentes aplicables. El hecho de que un trastorno aparezca en cualquiera de estas fuentes no significa que el plan cubra el tratamiento del trastorno.

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 tenga un contrato con UABT al momento de prestar los servicios. Los proveedores del Panel de México acuerdan aceptar las tarifas negociadas como pago total por los servicios cubiertos.

Se requerirá una identificación con fotografía cada vez que visite un Proveedor del Panel de México. Si el proveedor no puede verificar su elegibilidad para los beneficios en el momento de su visita, es posible que deba realizar el pago completo o realizar un depósito antes de que se presten los servicios. Este monto será reembolsado tan pronto se confirme la elegibilidad.

UABT puede solicitar 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 aquellos servicios y suministros que son médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Para calificar, los servicios deben ser prestados por un médico o bajo su dirección, y los suministros deben ser dispensados, recetados u ordenados por un médico.

Cualquier servicio o suministro debe: (a) cumplir con la normativa vigente para la atención médica brindada a casos comparables en el área geográfica, (b) ser un procedimiento o práctica médica aprobada en los Estados Unidos; y (c) cumplir con los requisitos de cualquier organismo rector o agencia que tenga jurisdicción sobre el tipo de servicio o suministro que se proporciona.

“Médicamente necesario”, “Necesidad médica” y lenguaje similar se refieren a los servicios de atención médica ordenados por un Médico que ejerce un juicio clínico prudente proporcionados a un Participante con el propósito de evaluación, Diagnóstico o tratamiento de la Enfermedad o Lesión de ese Participante. Dichos servicios, para que se consideren Médicamente necesarios, deben ser clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración para el diagnóstico o tratamiento de la Enfermedad o Lesión del Participante. El entorno y nivel de servicio Médicamente necesarios es aquel entorno y nivel de servicio que, considerando los síntomas y condiciones médicas del Participante, no se pueden proporcionar en un entorno médico menos intensivo. Dichos servicios, para ser considerados Médicamente necesarios, no deben ser más costosos que las intervenciones alternativas, incluida la ausencia de intervención, y deben tener al menos la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes al diagnóstico o tratamiento de la Enfermedad o Lesión del Participante sin afectar negativamente la condición médica del Participante. El servicio debe cumplir con todos los requisitos siguientes (a) su finalidad debe ser restablecer la salud; (b) no debe ser principalmente de naturaleza privativa de la libertad; (c) es ordenado por un médico para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión; y (d) UABT se reservó el derecho de incorporar las directrices de CMS vigentes en la fecha del tratamiento como criterios adicionales para la determinación de la necesidad médica y/o los gastos cubiertos.

Para las estadías en el hospital, esto significa que la atención aguda como paciente hospitalizado es necesaria debido al tipo de servicios que usted o sus dependientes reciben, o la gravedad de la afección, y que no se puede recibir atención segura y adecuada como paciente ambulatorio o en un entorno médico menos intensivo.

El mero hecho de que el servicio sea proporcionado, recetado 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 porque no son "Médicamente necesarios" no significa que todos los demás servicios sean "Médicamente necesarios".

El uso de medicamentos no autorizados se considera Médicamente necesario cuando se cumplen todas las condiciones siguientes:

- (a) El medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- (b) El uso de medicamentos recetados está respaldado por una de las siguientes fuentes de referencia estándar:
 - 1) Micromedex® DRUGDEX®.
 - 2) Información sobre medicamentos del Servicio de formulario de los hospitales estadounidenses
 - 3) Compendios aprobados por Medicare (establecido por el Título XVIII de la Ley de Seguro Social de 1965, en su versión emendada)
 - 4) La evidencia científica está respaldada por ensayos clínicos bien diseñados publicados en revistas médicas revisadas por pares, que demuestran que el medicamento es seguro y eficaz para la afección específica.

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

Sección 56, Proveedores y hospitales no contratados

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" se refieren a proveedores de servicios de salud que no tienen un contrato vigente con el Fideicomiso o su(s) red(es) contratada(s) en el momento en que se prestan los servicios. Los gastos cubiertos por los servicios prestados por un Proveedor no contratado están limitados según lo establecido en su(s) Anexo(s) de Beneficios de Resúmenes de Beneficios correspondientes.

Sección 57, Enfermera

El término "enfermera" a los efectos del pago de beneficios significa únicamente una Enfermera Graduada Registrada (RN) que no es un pariente directo suyo ni de su cónyuge. Una enfermera vocacional autorizada (LVN) o una enfermera práctica autorizada (LPN) no califica a menos que el médico haya ordenado una enfermera registrada y no haya ninguna enfermera registrada disponible para trabajar.

Sección 58, Terapia ocupacional

El término "terapia ocupacional" para fines de pago de beneficios significa fisioterapia destinada a restaurar o fortalecer el movimiento de la mano o el brazo que ha sido afectado por una lesión o enfermedad.

Sección 59, Tratamiento de la obesidad

La evaluación y el asesoramiento sobre obesidad son gastos cubiertos cuando un médico autorizado determina que usted tiene obesidad mórbida y ha cumplido con los criterios para el procedimiento según las directrices clínicas reconocidas a nivel nacional. Se debe obtener autorización previa de UABT para cualquier procedimiento, incluyendo, pero no limitado a, bypass gástrico en Y de Roux, banda gástrica (ajustable o no ajustable), gastrectomía en manga, procedimientos de malabsorción (desviación biliopancreática, cruce duodenal) y gastroplastia vertical con banda.

Sección 60, Otro Plan

El término "Otro Plan" significa cualquier plan, póliza o cobertura que brinde beneficios o servicios para, o por motivos de, atención médica, dental u oftalmológica. Dichos otros planes incluyen seguro de automóvil, seguro de indemnización por accidente laboral, restitución de víctimas de delitos, etc. "Otro plan" también incluye Medicare, Medicaid o un programa estatal de seguro médico infantil (CHIP). Otro plan no incluye cuentas de gastos flexibles (FSA), cuentas de reembolso de salud (HRA), cuentas de ahorro de salud (HSA) ni pólizas de seguro médico, dental u oftalmológico individuales.

Sección 61, Desembolso máximo

El término "Desembolso máximo" significa el monto más alto de Gasto cubierto que usted será responsable de pagar en cualquier año natural determinado antes de que el Fideicomiso comience a pagar el 100% del Gasto cubierto por el resto de ese año. Su desembolso máximo incluye su deducible y el porcentaje de coseguro pagadero. Su Plan también puede incluir cualquier copago aplicable por servicios médicos específicos. Sus gastos de desembolso máximo pueden diferir 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", el desembolso máximo combinado de su Proveedor Contratante para deducibles, el porcentaje de coseguro pagadero y todos los copagos en virtud de los Planes Médicos y de Recetas no puede exceder el desembolso máximo de ACA en un año

natural. (Tenga en cuenta que este máximo puede ajustarse según un mandato federal y su plan se ajustará automáticamente para cumplir con dicho mandato).

Cualquier gasto médico y/o de medicamentos recetados que no cumpla con la definición de gasto cubierto del Plan no se puede aplicar a su desembolso máximo.

Tenga en cuenta que su desembolso máximo puede restablecerse si cambia hacia o desde un plan calificado para HSA.

Sección 62, Porcentaje pagadero

El término "Porcentaje pagadero" (o coseguro) significa un plan de beneficios en el que usted abona una parte del pago realizado contra una solicitud de reintegro. El porcentaje pagadero es parte de los costos de desembolso de una solicitud de reintegro.

Sección 63, Revisión por pares

El término "revisión por pares" significa un consultor médico independiente con credenciales apropiadas o una junta de revisión elegida por UABT para ayudar a determinar los "servicios y suministros necesarios", la calidad de la atención y/o los "honorarios habituales y acostumbrados", como se define en Parte V, Secciones 55 y 87. Las solicitudes de reintegro enviadas a revisión por pares para su determinación podrían tardar hasta 21 días en revisarse. También se le puede solicitar a usted o a su proveedor que proporcionen información adicional en relación con el proceso de revisión.

Sección 64, Por causa

El término "por causa" a efectos de prestaciones se refiere a cualquier accidente o a todas las enfermedades que se tratan al mismo tiempo. Cualquier beneficio limitado por este término se renovará si el paciente pasa seis (6) meses consecutivos sin tratamiento para la afección limitada.

Sección 65, Por confinamiento

El término "por confinamiento", en su caso, se refiere a cualquier accidente o a todas las enfermedades tratadas al mismo tiempo. Si es un empleado activo, cualquier beneficio limitado por este término se renovará cuando regrese a trabajar por un día completo o cuando tenga tratamiento gratuito durante seis (6) meses consecutivos entre partos. Para los dependientes, las hospitalizaciones sucesivas por la misma causa se considerarán una internación a menos que el paciente pase seis (6) meses consecutivos sin tratamiento por la condición limitada.

Sección 66, Por discapacidad

El término "por discapacidad", en lo que respecta a usted, a efectos de beneficios, se refiere a cualquier accidente o a todas las enfermedades que se tratan al mismo tiempo. Si es un empleado activo, cualquier beneficio limitado por este término se renovará cuando regrese a trabajar por un día completo o cuando tenga tratamiento gratuito durante seis (6) meses consecutivos. Para los dependientes, los beneficios se renovarán si el paciente pasa seis (6) meses consecutivos sin tratamiento para la afección limitada.

Sección 67, Asistente médico

El término "asistente médico" significa un profesional de la salud con licencia para ejercer la medicina con supervisión médica. Dentro de la relación médico/asistente médico, los asistentes personales pueden ejercer autonomía en la toma de decisiones médicas y proporcionar una amplia gama de servicios de diagnóstico y terapéuticos. Los asistentes médicos entrevistan a los pacientes, compilan los historiales médicos de los pacientes, realizan exámenes físicos y, según sea necesario, solicitan o realizan las pruebas de laboratorio de diagnóstico requeridas.

Sección 68, Cuidado preventivo

"Cuidado preventivo" significará ciertos servicios de atención preventiva.

Para cumplir con la ACA, y de acuerdo con las recomendaciones y directrices, los planes de UABT brindan cobertura dentro de la red para: Los beneficios de "cuidado preventivo" incluyen artículos o servicios que tienen en efecto una calificación de "A" o "B" en la recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU.; vacunas de uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tengan vigente una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; para bebés, niños y adolescentes, atención preventiva y exámenes de detección basados en evidencia proporcionados en directrices respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud; y, para las mujeres, cuidado preventivo y detección basadas en evidencia previstas en las directrices integrales respaldadas 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/>.

(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, comuníquese con el administrador del plan de UABT o su empleador.

Sección 69, Proveedor

El término "proveedor" se refiere a un profesional médico autorizado que actúa dentro del alcance de su licencia, incluyendo, pero no limitado a, médicos, enfermeras, hospitales, farmacias, técnicos, terapeutas, clínicas o casas de suministros médicos que brindaron el servicio o proporcionó los suministros por los cuales se facturó al paciente.

El "ámbito de práctica" se define como las actividades que un profesional de la salud puede realizar dentro de una profesión específica. Esas actividades deben basarse en una educación, formación y experiencia adecuadas.

Sección 70, Servicios psicológicos o psiquiátricos

El término "servicios psicológicos o psiquiátricos" a efectos de beneficios incluye psicoterapia, pruebas psicométricas, terapia con medicamentos recetados y otra atención médica descrita específicamente como tratamiento o diagnóstico de un trastorno mental o nervioso reconocido. El término también incluye estudios de función cognitiva y otros estudios de diagnóstico diseñados para medir niveles de deterioro mental o cognitivo independientemente de la causa o el propósito.

Sección 71, Monto de pago calificado (QPA)

El monto de pago calificado (QPA) según lo establecido en la Ley de No Sorpresas (NSA) es el monto en el que el Plan basará su monto de pago para los gastos elegibles del plan cubiertos por las disposiciones de facturación del saldo de la NSA. Es la tarifa mediana contratada dentro de la red para un servicio o suministro médico proporcionado en una región geográfica particular. Esta cantidad es la que el Plan utilizará como Máximo Permitido y la base sobre la cual se calcularán los beneficios.

Sección 72, Razonable o razonabilidad

El término "Razonable" y/o "Razonabilidad" para fines de beneficios significa, a discreción del Administrador del Plan, servicios o suministros, o tarifas por servicios o suministros que son necesarios para la atención y el tratamiento de Enfermedades o Lesiones no causadas por el Proveedor tratante. El Administrador del Plan tomará una Determinación de que los honorarios o servicios son Razonables, teniendo en cuenta circunstancias inusuales o complicaciones que requieren tiempo, habilidad y experiencia adicionales en relación con un servicio o suministro en particular; normativas y prácticas de la industria en relación con escenarios similares; y la causa de la lesión o enfermedad que requiere el(los) servicio(s) y/o los cargos.

Esta determinación considerará, entre otras, las conclusiones y evaluaciones de las siguientes entidades: (a) Las asociaciones, sociedades y organizaciones médicas nacionales; y (b) la Administración de Alimentos y Medicamentos. Para ser razonables, los servicios y/o tarifas deben cumplir con las prácticas de facturación generalmente aceptadas para procedimientos múltiples o desagregados. Los servicios, suministros, atención y/o tratamiento que resulten de errores en la atención médica que sean claramente identificables, prevenibles y graves en sus consecuencias para los pacientes, no son Razonables. El Administrador del Plan conserva autoridad discrecional para determinar si los servicios y/o tarifas son Razonables en función de la información presentada al Administrador del Plan. No se requiere un hallazgo de negligencia y/o mala práctica del Proveedor para que los servicios y/o los honorarios se consideren no razonables.

Los cargos y/o servicios no se consideran razonables y, por lo tanto, no son elegibles para el pago (superan el cargo máximo permitido) cuando se derivan de errores del proveedor y/o afecciones adquiridas en el centro que se consideran "razonablemente evitables" mediante el uso de directrices basadas en evidencia, teniendo en cuenta, entre otras, las directrices de la CMS.

El Plan se reserva para sí mismo y las partes que actúan en su nombre el derecho de revisar los cargos procesados y/o pagados por el Plan, para identificar cargos y/o servicios que no son razonables y, por lo tanto, no son elegibles para el pago por parte del Plan.

Sección 73, Hospital de rehabilitación

El término "hospitales de rehabilitación" significa instalaciones para pacientes hospitalizados dedicadas a la rehabilitación de pacientes con diversas afecciones neurológicas, musculoesqueléticas, ortopédicas y de otro tipo después de la estabilización de sus problemas médicos agudos.

Sección 74, Cobertura de tratamiento residencial

El término "Cobertura de tratamiento residencial" significa tratamiento en un centro de tratamiento residencial, a veces llamado centro de rehabilitación, que es un centro de atención médica interno que brinda terapia para trastornos por uso de sustancias, enfermedades mentales u otros problemas de conducta.

Sección 75, Habitación semiprivada

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

Sección 76, Centro de enfermería especializada

El término "centro de enfermería especializada" es un centro de rehabilitación y tratamiento médico para pacientes hospitalizados que cuenta con profesionales médicos capacitados. El centro brinda los servicios médicamente necesarios de enfermeras autorizadas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, logopedas y audiólogos. Los centros de enfermería especializada brindan a los pacientes asistencia las 24 horas con la atención médica y las actividades de la vida diaria (AVD).

Sección 77, Disposición especial (circunstancias)

El término "Disposiciones Especiales (Circunstancias)" significa tratamiento por parte de un proveedor no contratado cuando no hay proveedores contratados disponibles dentro de un radio de 50 millas de la dirección actual del participante. Si existen disposiciones especiales, los servicios proporcionados por el proveedor no contratado estarán cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red y se aplicará el deducible y el desembolso máximo dentro de la red.

Sección 78, Subrogación

El término "Subrogación" se refiere al derecho del Fideicomiso al reembolso total (como un plan de beneficios de ERISA) por los gastos de solicitudes de reintegro adelantados en nombre de un participante determinado que haya sido lesionado por un tercero, lo que incluye el derecho a presentar un gravamen contra cualquier tercero que tenga la responsabilidad principal para el tratamiento médico, dental u oftalmológico del paciente o contra el producto de cualquier recuperación por parte del paciente y contra beneficios futuros adeudados según el Plan, antes de pagar los beneficios en virtud del Plan por esos servicios.

Además de su derecho a subrogarse, UABT exige que el paciente y el asesor legal (si se utiliza) acuerden contractualmente reembolsar al Fideicomiso en su totalidad por cualquier sentencia, acuerdo, compromiso o veredicto por los beneficios adelantados antes del acuerdo por solicitudes de reintegro incurridas como resultado de la lesión o enfermedad del tercero. Esta promesa de reembolso crea un "gravamen equitativo por acuerdo". UABT tendrá el primer derecho específico de reembolso de las ganancias de cualquier sentencia, acuerdo, compromiso o veredicto que resulte de la responsabilidad asumida o decretada por 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, se refiere a cualquier enfermedad o afección clasificada como Trastorno por uso de sustancias, otra adicción o abuso voluntario de sustancias controladas según se describe en la edición actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., tal como figura en la edición actual del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. En esta definición se incluye el abuso voluntario de sustancias inhaladas, ingeridas o inyectadas por el paciente de una manera no recomendada por el fabricante y/o sancionada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (F.D.A.)

El hecho de que un trastorno aparezca en cualquiera de las publicaciones anteriores no significa que UABT cubra el tratamiento del trastorno.

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 los medicamentos recetados en relación con dos (2) programas para dejar de fumar durante 12 meses consecutivos.

Sección 80, Transparencia y Facturas Médicas Sorpresas, también conocida como "Ley de No Sorpresa"

En 2019, el presidente Trump emitió una orden ejecutiva sobre la mejora de la transparencia de precios y calidad en la atención médica estadounidense para poner a los pacientes primero, que ordenó a los Secretarios de Salud y Servicios Humanos, del Tesoro y de Trabajo desarrollar regulaciones que promuevan la transparencia de precios en el mercado de la atención médica. Esto llevó a la regla final de Transparencia en la Cobertura publicada en octubre de 2020 y a la promulgación de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021 (CAA) el 27 de diciembre de 2020.

La CAA incluye la "Ley de No Sorpresas", que protege al consumidor contra la facturación sorpresa por servicios médicos fuera de la red. Además, incluye varias medidas de transparencia de costos médicos que complementan las reglas de transparencia emitidas en octubre de 2020. El 1 de julio de 2021, la Oficina de Gestión de Personal, Departamento del Tesoro, Departamento de Trabajo y Departamento de Salud y Servicios Humanos ("los Departamentos") juntos aprobaron Reglas Finales Provisionales que implementan las disposiciones de la Ley de No Sorpresas relacionadas con servicios de emergencia y facturas médicas sorpresa. En agosto de 2021, octubre de 2021 y agosto de 2022 se publicaron directrices y reglas adicionales para los servicios de ambulancia aérea y los procesos de resolución independiente de disputas (IDR). Además, varias reglas 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 decisiones judiciales.

La intención de UnitedAg es cumplir plenamente y lo mejor que pueda con una interpretación de buena fe de las reglas y directrices publicadas con respecto a estas leyes. Esta Descripción resumida del plan y el Documento del plan tienen como objetivo cumplir con las reglas y regulaciones disponibles en el momento en que se redactó el presente documento. Se publicarán enmiendas adicionales en el futuro para garantizar el cumplimiento a medida que se publiquen reglas y regulaciones adicionales que pueden hacer que la información de este documento sea incorrecta o entre en conflicto con nuevas leyes, reglas o regulaciones. Si nuevas leyes, reglas o regulaciones entran en conflicto con este documento, UnitedAg las seguirá tal como se implementaron y actualizará este documento tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar un año después de que se implementen las nuevas leyes, reglas o regulaciones.

Sección 81, Telemedicina

El término "Telemedicina" es el uso de la telecomunicación y tecnologías de la información con el fin de brindar atención clínica de salud a distancia. Ayuda a eliminar las barreras de la distancia y puede mejorar el acceso a servicios médicos que a menudo no estarían disponibles fuera del horario comercial. El teléfono u otras tecnologías permiten las comunicaciones entre el paciente y el personal médico con comodidad y fidelidad, así como la transmisión de datos, imágenes médicas e informática sanitaria de un sitio a otro. Los servicios de telemedicina incluyen servicios de atención primaria y atención de urgencia. También se encuentran disponibles servicios de salud conductual, tratamiento dermatológico y para dejar de fumar.

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

Los servicios de telemedicina proporcionados a través de un proveedor aprobado por la UABT serán pagados en su totalidad por UABT si lo permite el plan de beneficios.

Sección 82, El Plan

El término "El Plan" se refiere al Fideicomiso y Plan de Beneficios de Bienestar para Empleados de United Agricultural, el Fideicomiso de Beneficios de United Agricultural, UABT o el plan de "Fideicomiso" para el cual usted y sus dependientes son elegibles, como se describe en este resumen. Sus beneficios en virtud del plan se describen completamente en los Programas de Beneficios del Plan o Resúmenes de Beneficios aplicables y en esta Descripción Resumida del Plan.

Sección 83, Discapacidad total o Totalmente discapacitado

El término "discapacidad total" o "totalmente discapacitado", en lo que respecta a usted como empleado activo, significa un período de tiempo en el que su médico certifica que usted 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 beneficio.

Con respecto a sus dependientes elegibles, o a usted si es un jubilado cubierto, el término se refiere a un período de tiempo en el que un médico certifica que el paciente no puede realizar las actividades normales de una persona de la misma edad y sexo, debido a enfermedad o lesión.

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

Sección 84, Procedimientos de trasplante

El término "Procedimiento de trasplante" significa cualquiera de los siguientes trasplantes de órganos o tejidos de persona a persona (a) médula ósea; (b) corazón; (c) corazón/pulmón; (d) hígado; (e) pulmón; (f) riñón-páncreas; (g) riñón; (h) determinadas partes de órganos, incluidos únicamente la córnea, la piel, los huesos y los tendones. También están cubiertos los trasplantes de ciertas partes de órganos artificiales, incluidos únicamente: reemplazo de articulaciones por razones funcionales, piel, válvulas cardíacas, injertos y parches (vasculares), marcapasos, placas de metal y lentes oculares. No se cubren otros trasplantes.

Los trasplantes de órganos deben realizarse en un Centro de la Red de Trasplantes o en un Centro de Excelencia que brinde programas especializados dentro de instituciones de atención médica que brinden concentraciones excepcionalmente altas de experiencia y recursos relacionados centrados en trasplantes de órganos y entregados de manera integral e interdisciplinaria.

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

Sección 85, Terapias de tratamiento

El término "Terapias de tratamiento" significa quimioterapia, hemodiálisis, diálisis peritoneal, radioterapia, terapias de infusión intravenosa, incluida la NPT, oxigenoterapia hipobárica y terapia respiratoria/inhalación.

Sección 86, Atención de urgencia

El término "Atención de urgencia" significa atención médica brindada para enfermedades o lesiones que requieren atención inmediata pero que generalmente no son de tal gravedad como para requerir los servicios de una sala de emergencias.

Sección 87, Tarifas usuales y habituales

El término "Tarifas usuales y habituales" (U&C) significa únicamente aquellos cargos por servicios y suministros necesarios que se facturan de conformidad con las directrices de codificación nacional correcta y que no: (a) exceden el monto que el proveedor normalmente cobra por servicios similares; o (b) exceden el monto 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 como se define, es intercambiable con el término tarifas "usuales, habituales y razonables" (UCR) o "cargo máximo permitido".

Si y solo si no hay una tarifa negociada para una solicitud de reintegro determinada, el Administrador del Plan ejercerá su discreción para determinar la tarifa usual y habitual con base en cualquiera de los siguientes: Tasas de reembolso de Medicare, datos de costos de Medicare, montos cobrados por los proveedores en el área para servicios similares, o precio mayorista promedio (AWP) o precio minorista 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 efectiva que cualquier otra opción. El cargo máximo permitido se limitará a una cantidad que, a discreción del Administrador del Plan, se cobra por servicios o suministros que no sean causados sin razón por el Proveedor tratante, incluidos errores en la atención médica que sean claramente identificables, prevenibles, y graves en sus consecuencias para los pacientes. No se requiere un hallazgo de negligencia o mala práctica del Proveedor para que los servicios o tarifas se consideren no elegibles de conformidad con esta disposición.

Parte VI, Disposiciones generales y limitaciones

Esta parte de la Descripción resumida del plan explica las disposiciones generales que se aplican a los gastos cubiertos según todas las partes de sus Listas de beneficios del plan o Resumen de beneficios, incluidas las limitaciones generales. Aquellas disposiciones que se aplican solo a Beneficios médicos o solo a Beneficios dentales, por ejemplo, se encontrarán en las secciones correspondientes que describen el tipo específico de cobertura.

Sección 1, Límites de los gastos cubiertos

Los gastos cubiertos incluyen solo aquellos cargos por un tipo de servicio descrito en los Anexos aplicables de Beneficios del Plan o Resumen de Beneficios para los cuales usted es elegible. El gasto cubierto no incluye:

- (a) el monto por el cual un cargo determinado excede el Cargo máximo permitido para Gastos cubiertos;
- (b) cobertura de una habitación de hospital privada que supere el costo de una habitación semiprivada promedio;
- (c) tratamiento que no es una práctica generalmente reconocida, aceptada y aprobada en los Estados Unidos;
- (d) procedimientos experimentales y/o ensayos clínicos (sin embargo, los costos de rutina para pacientes asociados con ensayos clínicos aprobados para personas calificadas se consideran gastos cubiertos);
- (e) artículos bajo la jurisdicción de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos que no han sido aprobados por la FDA o que se utilizan para protocolos de tratamiento no reconocidos, inaceptables o no aprobados;
- (f) servicios o suministros no ordenados por un médico;
- (g) cargos que no se le habrían facturado si esta cobertura de beneficios no estuviera vigente; un gasto incurrido más de dos (2) años después de la proctectomía quirúrgica; y gastos incurridos cuando el paciente no es elegible según los términos del Plan.

Sección 2, Exclusiones generales

No se pagarán beneficios por muerte o desmembramiento accidental, médicos, medicamentos recetados, atención dental u oftalmológica proporcionados por el Plan por ningún gasto incurrido en relación con una enfermedad o lesión que:

- (a) está cubierto por la Ley o Estatuto de Indemnización por accidente laboral para trabajadores siempre que la condición sea una para la cual los beneficios están cubiertos o pueden recuperarse ya sea mediante adjudicación, acuerdo o de otra manera, en virtud de cualquier ley de indemnización por accidente laboral, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedades ocupacionales, incluso si no reclama esos beneficios
- (b) es recuperable conforme a la Ley Jones (46 U.S.C. 688);
- (c) es causada por cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no declarada;
- (d) se sostiene durante la participación en delitos graves, delitos menores o actividades ilegales (incluso si el participante nunca es acusado o condenado por el delito). Esta exclusión no se aplica si la lesión (a) resultó de ser víctima de un acto de violencia doméstica, o (b) resultó de una condición médica documentada (incluidas condiciones de salud física y mental). UABT no niega beneficios para el tratamiento de la lesión de una víctima causada por violencia doméstica y del participante lesionado que no sea el la participación individual es una actividad ilegal;
- (e) si la enfermedad o lesión es causada por un tercero (incluyendo, pero no limitado a, mala conducta o malversación por parte de un proveedor médico; y/o
- (f) si el pago está prohibido por ley.

Además, no se pagan beneficios por los gastos incurridos por:

- (a) Una cita perdida;
- (b) Gastos de viaje, a menos que se mencionen específicamente en otro lugar como cubiertos;
- (c) Complicaciones/gastos relacionados con el tratamiento de complicaciones de un servicio o suministro no cubierto, implantes mamarios/cirugía cosmética u otro servicio o suministro no cubierto;
- (d) Medicamentos recetados no emitidos a través de la red de beneficios de farmacia de UABT;
- (e) Cualquier medicamento no aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y el Consejo Asesor de la FDA
- (f) Cargos por servicios de cuenta o cargos por intereses;
- (g) Tratamiento y servicios que involucren a un Participante que haya estado involucrado en cualquier actividad ilegal debido al uso de alcohol, cannabis, opioides recetados o cualquier otra sustancia que cree un estado de intoxicación. Se cubrirán los gastos de los Participantes lesionados que no sean la persona que participa en una actividad ilegal debido al uso de alcohol, un estado de intoxicación por alcohol o bajo la influencia de cannabis u opioides, y se pueden cubrir los gastos para el tratamiento por abuso de sustancias según se especifica en este Plan. Esta exclusión no se aplica si la lesión (a) resultó de ser víctima de un acto

- de violencia doméstica, o (b) resultó de una condición médica documentada (incluidas condiciones de salud física y mental).
- (h) Cuidado de custodia que no restaure la salud, a menos que se indique específicamente lo contrario.
 - (i) Montos de los Deducibles aplicados para el cumplimiento de los Deducibles y gastos que se definen como responsabilidad del Participante de acuerdo con los términos del Plan.
 - (j) Pariente directo Que sean rendidos por un miembro de la Unidad Familiar inmediata o persona del mismo hogar, ya sea que el parentesco sea de consanguinidad o exista de derecho.
 - (k) Hormonas de crecimiento (a menos que se determine que son médicamente necesarias).
 - (l) Una lesión o enfermedad que resulte de participar en una actividad, pasatiempo o actividad peligrosa. Una actividad, pasatiempo o actividad es peligrosa si involucra o expone a una persona a un riesgo de un grado o naturaleza que no se realiza habitualmente en el curso de la ocupación habitual del Participante o si involucra actividades de tiempo libre que comúnmente se consideran que involucran Riesgos inusuales o excepcionales, caracterizados por una amenaza constante de peligro o riesgo de daño corporal, **incluyendo, pero no limitado a:** ala delta, paracaidismo, puenting, paravelismo, escalada en roca, uso de explosivos, carreras de automóviles, carreras de motocicletas, carreras de aviones o carreras de lanchas rápidas, y operación imprudente de un vehículo u otra maquinaria.
 - (m) Dispositivos auditivos implantables para la pérdida auditiva natural con la edad o pérdida de audición debido a una lesión relacionada con el trabajo;
 - (n) Incurridos por otras personas. Que sean gastos incurridos por otras personas.
 - (o) Tratamiento, servicios y/o suministros que no sean Médicamente necesarios.
 - (p) Lesiones resultantes de negligencia, malversación, incumplimiento o mala práctica 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 la evidencia disponible para el Administrador del Plan.
 - (q) Sin obligación legal. Que son para servicios proporcionados a un Participante por los cuales el Proveedor de un servicio no realiza y/o no pagaría habitualmente un cargo directo, o cargos Incurridos por los cuales el Participante o el Plan no tiene obligación legal de pagar, o por los cuales no existirían cargos en ausencia de esta cobertura, incluyendo, pero no limitado a, cargos por servicios no prestados realmente, tarifas, atención, suministros o servicios por los cuales una persona, empresa o cualquier otra entidad, excepto el Participante o el Plan, pueda ser responsable que requieran los honorarios, la atención, los suministros o los 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 de conveniencia personal;
 - (s) Reversión de los procedimientos de esterilización
 - (t) Llenado de formularios de solicitud de reintegro;
 - (u) Que no sea el médico tratante. Que no sean aquellos certificados por un Médico que atiende al Participante como necesarios para el tratamiento de una Lesión o Enfermedad y realizados por un Proveedor apropiado.
 - (v) Prohibido por la Ley. Esto es en la medida en que el pago conforme a este Plan esté prohibido por ley.
 - (w) Error del proveedor. Los servicios y tratamientos se requieren como resultado de un error irrazonable del Proveedor.
 - (x) Servicios no efectivamente prestados.
 - (y) Irrazonable. Servicios que no son razonables en cuanto a su naturaleza o cargo (véase la definición de Cargo máximo permitido) o que son necesarios para tratar Enfermedades o Lesiones derivadas y debidas a un error del Proveedor, cuando no se espera razonablemente que se produzca dicha Enfermedad, Lesión, infección o complicación. Esta Exclusión se aplicará a los gastos directa o indirectamente derivados de circunstancias que, a juicio del Administrador del Plan a su entera discreción, hayan dado lugar al gasto y no sean generalmente previsibles o esperables entre profesionales que ejerzan el mismo tipo o tipos similares de medicina que el Proveedor tratante cuyo error haya causado el/los siniestro(s);
 - (z) Medicamentos para bajar de peso, ya sean recetados por un médico o comprados sin receta
 - (aa) Programas de tratamiento/terapia en la naturaleza, modalidad de tratamiento de terapia basada en aventuras para la modificación de la conducta y la superación personal interpersonal, que combina educación experiencial, terapia individual y grupal en un entorno natural.

Sección 3, Exclusión de responsabilidad ante terceros

Ningún beneficio médico, de medicamentos recetados, dental o de atención de la vista proporcionado por el Plan se paga por gastos incurridos en relación con una enfermedad o lesión que se determina que es responsabilidad de un tercero. Consulte la Parte VIII.

Sección 4, Servicios no pertenecientes al panel realizados fuera de los EE. UU.

Cualquier beneficio médico, dental u oftalmológico y medicamentos recetados proporcionados por un proveedor fuera del panel pueden limitarse, reducirse o negarse si los servicios se realizan fuera del territorio continental de los Estados Unidos, Alaska y Hawái y no están relacionados con una emergencia que ponga en peligro la vida. El Fideicomiso se reserva el derecho de determinar los beneficios pagaderos, si corresponde, por todos esos servicios. La cesión de beneficios a proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos no se aceptará a menos que UABT la apruebe antes de la fecha de los servicios. (Esta disposición no aplica al Panel de Proveedores de UABT México).

Sección 5, Derecho de recuperación

En caso de que se produzca un pago en exceso debido a información errónea, incompleta o inexacta, o a un error en el procesamiento de reclamos, UABT se reserva el derecho de recuperar dicho pago en exceso de cualquier persona u organización que, a juicio del Fideicomiso, se haya beneficiado de dicho pago en exceso. Dicho pago en exceso también podrá recuperarse realizando ajustes o reducciones a cualquier reclamo futuro del paciente.

Sección 6, Facilidad de pago

Los beneficios del Plan se deben y son pagaderos únicamente al empleado cubierto. Sin embargo, en caso de que el empleado muera, quede discapacitado o no pueda ser localizado en el momento en que se procesa un reclamo, el Fideicomiso se reserva el derecho de realizar el pago a cualquier persona u organización que el Fideicomiso determine que tiene derecho equitativo a ello. El pago realizado de buena fe liberará al Fideicomiso de su responsabilidad, y el Fideicomiso no puede ser considerado dos veces responsable por los mismos gastos si ocurre 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 la hora de determinar su responsabilidad en virtud del Plan. El Fideicomiso se reserva el derecho y la discreción de determinar los "Servicios y suministros necesarios" y las "Tarifas usuales y habituales", según se define en la Parte V con base en la información presentada con la solicitud de reintegro. Para ayudar en dicha determinación, el Fideicomiso puede basarse en criterios de tarifas regionales reconocidos a nivel nacional, programas de detección antifraude y/o revisión por pares independiente y debidamente acreditada.

El Fideicomiso se reserva el derecho de negar cargos por:

- (a) procedimientos que se consideren experimentales, de valor no probado o de utilidad cuestionable;
- (b) procedimientos que tienden a ser redundantes cuando se realizan en combinación con otros procedimientos;
- (c) procedimientos de diagnóstico que probablemente no proporcionen información adicional al médico cuando se utilizan repetidamente;
- (d) procedimientos que pueden realizarse con igual eficacia con 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 mediante publicidad que acepte 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 miembro de la organización de proveedores preferidos del Fideicomiso.

Cualquier acuerdo sobre honorarios o cargos celebrado entre la persona y el médico no obligará al Fideicomiso a la hora de determinar su responsabilidad con respecto a los gastos incurridos.

Sección 8, Proveedor no elegible

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

Sección 9, Exámenes y autopsias

UABT se reserva el derecho de examinar a cualquier persona para quien se presente una solicitud de reintegro cuando y con la frecuencia que sea necesaria durante cualquier período durante el cual la solicitud de reintegro esté pendiente. En caso de muerte, el Fideicomiso podrá exigir una autopsia cuando lo permita la ley.

Parte VII, Coordinación de Beneficios (C.O.B.)

No es la intención del Plan reembolsarle más que su gasto de desembolso real. Los beneficios pagaderos según el Plan se coordinarán con cualquier otra cobertura de beneficios de salud colectivos que usted o sus dependientes puedan tener. Coordinación significa que no se reembolsará más del cien por ciento (100%) del Cargo máximo permitido del Plan bajo los beneficios combinados de todos los planes a los que el paciente tiene derecho.

Sección 1, Cobertura/Seguro de exceso de beneficios

Si en el momento de la lesión, enfermedad o discapacidad hay disponible, o potencialmente disponible, cualquier otra fuente de cobertura (incluyendo, pero no limitado a, la cobertura resultante de una sentencia judicial o de acuerdos), los beneficios de UABT se aplicarán solo como un exceso sobre otras fuentes de cobertura.

Los beneficios del Plan excederán, siempre que sea posible, cualquiera de los siguientes:

- (a) Cualquier pagador primario además de UABT.
- (b) Cualquier seguro de origen a través de cobertura de pago médico, protección contra lesiones personales, cobertura sin culpa, cobertura de motorista sin seguro o con seguro insuficiente.
- (c) Cualquier póliza de seguro de cualquier compañía de seguros o garante de un tercero.
- (d) Indemnización por accidente laboral u otra compañía de seguros de responsabilidad.
- (e) Cualquier otra fuente, incluyendo, pero no limitado a, fondos de restitución a víctimas de delitos, cualquier pago médico, de discapacidad u otros beneficios, y cobertura de seguro escolar.

Sección 2, Limitación de vehículos

Cuando los pagos médicos estén disponibles en virtud de cualquier seguro de vehículo, UABT pagará el exceso de beneficios únicamente, sin reembolso por los deducibles del plan del vehículo y/o de la póliza. UABT siempre será considerada secundaria a dichos planes y/o pólizas. Esto se aplica a todas las formas de pagos médicos bajo planes y/o pólizas de vehículos independientemente de su nombre, título o clasificación.

Sección 3, Orden de determinación de beneficios

La Coordinación de Beneficios (o COB, como generalmente se le llama) opera de manera que uno de los Planes (llamado plan primario) pagará sus beneficios primero. El plan secundario y subsiguiente pagarán el saldo adeudado hasta el 100% del gasto máximo permitido del plan total. En ningún caso los beneficios combinados de los planes primario y secundario excederán el 100% del Gasto máximo permitido. Cuando exista un conflicto en las reglas, el Plan nunca pagará más del cincuenta por ciento (50%) de los Gastos permitidos al pagar el plan secundario.

Cuando un paciente está cubierto por dos o más planes de beneficios de salud, las reglas de UABT para determinar el orden de los pagos de 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, pero no limitado a, beneficios médicos, dentales, oftalmológicos y de medicamentos recetados.
- (b) Si el paciente es elegible como jubilado según un plan y como empleado activo según el otro, el Plan que cubre a la persona como empleado activo será el principal.
- (c) Si el paciente está cubierto como empleado activo bajo dos o más planes, el plan que tenga la fecha de vigencia más temprana será el principal.
- (d) Si el paciente es un hijo dependiente, los beneficios del plan del padre cuyo cumpleaños cae antes en un año son primarios sobre el plan del padre cuyo cumpleaños cae más tarde en el año. Si los padres naturales están divorciados, el pagador principal será el plan del padre con custodia a menos que la cobertura para el hijo dependiente esté sujeta a una orden judicial calificada; el pagador secundario será el plan que cubra a cualquier padrastro con quien viva el niño y el plan que cubra al padre natural sin custodia será el último.
- (e) Si el paciente es un hijo dependiente, a los efectos de los beneficios oftalmológicos y/o dentales pediátricos obligatorios incluidos en el plan médico, si el plan de los padres proporciona cobertura dental y/u oftalmológica independiente del plan médico, el plan dental independiente y el plan oftalmológico independiente será el pagador secundario de beneficios.

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

Cuando un pagador principal niega un reclamo por necesidad médica, UABT puede tomar su propia determinación de necesidad médica y pago de beneficios. Si el pagador principal rechaza una solicitud de reintegro y UABT paga una solicitud de reintegro, UABT será el pagador principal y aplicará los beneficios del plan en consecuencia.

La intención de esta disposición es únicamente mantener un sistema ordenado para determinar la responsabilidad de cada aseguradora. Su solicitud de reintegro debe enviarse primero al pagador principal, según lo determina la orden anterior. Cuando se haya recibido la notificación de pago del pagador principal, se debe enviar una copia de todas las facturas y la explicación de los beneficios proporcionada por el primer pagador al proveedor secundario para coordinar el pago.

Sección 4, Derecho a recibir y divulgar la información necesaria

UABT y/o el Administrador del Plan pueden, sin previo aviso o consentimiento de cualquier persona, divulgar u obtener cualquier información de cualquier compañía de seguros u otra organización o persona cualquier información sobre cobertura, gastos y beneficios que el Administrador del Plan, a su exclusivo criterio, considere necesario 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 en virtud de este Plan deberá proporcionar al Administrador del Plan la información solicitada y que pueda ser necesaria para implementar esta disposición.

Sección 5, Facilidad de pago

Para fines de coordinación, UABT se reserva el derecho de: (a) divulgar u obtener de cualquier otra organización o particular cualquier información de solicitud de reintegro que el Fideicomiso u otro proveedor de beneficios pueda requerir; (b) recuperar cualquier pago en exceso realizado en virtud del Plan debido a que usted no informó otra cobertura al presentar una solicitud de reintegro y el Fideicomiso no consideró esa cobertura al realizar un pago; y (c) reembolsar a cualquier otra organización una cantidad que UABT determine que está garantizada, si los pagos que deberían haberse realizado en virtud del Plan fueron realizados por la otra organización.

Sección 6, Derecho de recuperación

De acuerdo con la disposición de Recuperación de pagos, siempre que UABT haya realizado pagos con respecto a Gastos cubiertos por un monto total, en cualquier momento, que exceda el monto máximo de pago necesario en ese momento para satisfacer la intención de esta Coordinación de Sección de Beneficios, UABT tendrá derecho a recuperar dichos pagos, en la medida de dicho exceso, de uno o más de los siguientes según lo determine este Plan: cualquier persona con respecto a quien se realizaron dichos pagos, o el representante legal de dicha persona, cualquier compañía de seguros o cualquier otra persona u organización que el Plan determine que es responsable del pago de dichos Gastos permitidos y cualquier beneficio futuro pagadero al Participante o sus Dependientes.

Sección 7, Coordinación de Medicare

Si usted es un empleado activo, de sesenta y cinco (65) años de edad o más, de un empleador participante, UABT será el principal pagador de beneficios.

Si es jubilado de un empleador participante, los beneficios del Fideicomiso serán secundarios a su cobertura de Medicare.

Si usted o un dependiente elegible califica para Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), el Fideicomiso será el pagador principal durante los primeros 30 meses de cobertura de Medicare. UABT se convertirá en el pagador secundario después del período de 30 meses.

Si usted o un dependiente elegible han calificado para Medicare debido a una discapacidad (que no sea ESRD), el Fideicomiso será el pagador principal.

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

La cobertura de Medicare puede designar el mes en que el beneficiario ingresa en un hospital aprobado por Medicare para un trasplante de riñón o para los servicios de atención médica necesarios antes del trasplante si el trasplante se realiza en el mismo mes o dentro de los dos meses siguientes.

La cobertura de Medicare se puede establecer dos meses antes del mes del trasplante si el trasplante se retrasa más de dos meses después de que el beneficiario ingresa al hospital para el trasplante o para los servicios de atención médica necesarios antes del trasplante.

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

Sección 8, Coordinación dentro del Plan

Si algún cargo por atención médica, dental u oftalmológica o por medicamentos recetados está cubierto 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 servicios y suministros cubiertos.

Sección 9, Contención de costos y gestión de casos

El Plan puede, a su entera discreción y cuando actúe sobre una base que impida la selección individual, permitir beneficios alternativos que de otro modo no serían pagaderos en virtud del Plan.

Los beneficios alternativos, llamados "Administración de casos", se determinarán caso por caso, y la decisión del Plan de permitir los beneficios en una instancia no obligará al Plan a proporcionar beneficios alternativos iguales o similares para

la misma o cualquier otra Persona cubierta, ni se considerará que renuncia al derecho del Plan de hacer cumplir estrictamente las disposiciones del Plan.

Gestión de casos 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 sufre una enfermedad o lesión catastrófica mientras está cubierta por este Plan.

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

- (a) Embarazo de alto riesgo
- (b) Lactante neonatal de alto riesgo
- (c) Accidente Vascular Cerebral (ACV o Ictus)
- (d) Esclerosis múltiple
- (e) Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- (f) Cánceres/tumores malignos
- (g) Enfermedad cardiovascular/pulmonar grave
- (h) Leucemia
- (i) Traumatismo craneoencefálico grave y lesión cerebral secundaria a una enfermedad
- (j) Lesión de la médula espinal
- (k) Amputación
- (l) Fracturas múltiples
- (m) Quemaduras graves
- (n) SIDA
- (o) Trasplante
- (p) Cualquier reclamación que se espera exceda los \$25,000

Cuando se notifica al administrador de casos sobre uno de los diagnósticos anteriores (o cualquier otro diagnóstico para el cual la administración de casos podría ser apropiado a exclusivo criterio del Plan), el administrador de casos se comunicará con la persona cubierta para discutir tratamiento médico actual y facilitar la atención médica futura. El administrador de casos también consultará con el médico tratante para desarrollar un plan de tratamiento por escrito que describa todos los servicios y suministros médicos que se utilizarán, así como el entorno de tratamiento más adecuado. El plan de tratamiento puede modificarse de forma intermitente a medida que cambia la condición de la persona cubierta, con el acuerdo mutuo del administrador del caso, el paciente y el médico tratante.

Todos los servicios y suministros autorizados por el plan de tratamiento se considerarán servicios cubiertos, estén o no cubiertos por el plan. El nivel de beneficio para entornos de tratamiento alternativos puede ser el mismo que el nivel de beneficio del Hospital, en ausencia del programa de Administración de Casos. Para todos los demás servicios y suministros, el nivel de beneficio será el mismo que el beneficio por tratamiento médico ambulatorio, en ausencia del programa. En caso de que haya múltiples entornos disponibles para el tratamiento, el Plan puede renunciar a una parte del deducible o coseguro del Participante si el Participante elige el entorno menos costoso disponible para el tratamiento y sigue el plan de tratamiento recomendado.

Cualquier desviación del plan de tratamiento sin la aprobación previa del administrador de casos anulará el plan de tratamiento y todos los cargos estarán sujetos a las disposiciones regulares de este Plan.

Parte VIII, Cobro de terceros, subrogación y reembolso

Sección 1, Condiciones de pago

Si el afiliado o uno de sus dependientes que reúnen los requisitos necesarios incurren en gastos médicos, de medicamentos recetados, dentales y/o de la vista como consecuencia de la acción de un tercero (persona o entidad) que, de otro modo, habrían estado cubiertos por sus beneficios del Plan del UABT y la determinación definitiva de la responsabilidad de terceros se encuentra pendiente de litigio, arbitraje u otro procedimiento de conciliación prolongado, el UABT *puede* acordar adelantar el pago de dichos beneficios en virtud de un Acuerdo de Subrogación. En estos casos, UABT requerirá la Autorización de Reembolso y el Acuerdo de Subrogación del Participante/Paciente de parte del afiliado y el Reconocimiento y Consentimiento de Reembolso de su Abogado (si se contrata uno) para ejecutar un “acuerdo y gravamen”.

UABT, a su entera discreción, podrá optar por adelantar condicionalmente el pago de los beneficios en aquellas situaciones en las que una lesión, enfermedad o dolencia sea causada total o parcialmente por, o resulte de, actos u omisiones del afiliado y/o de las personas a su cargo, o de terceros. En los casos en que cualquier otra parte, además de UABT, pueda ser responsable de los gastos derivados de un incidente, accidente y/o se disponga de otros fondos, incluidos, entre otros, los de no culpabilidad, motorista sin seguro, motorista con seguro insuficiente, disposiciones de pago médico, bienes de terceros, seguro de terceros y/o garante(s) de un tercero (colectivamente “Cobertura”).

El afiliado y/o sus dependientes, su abogado o el de sus dependientes, y/o el tutor legal de un menor o de una persona incapacitada acuerdan que la aceptación del pago condicional de los beneficios médicos del Plan constituye una notificación implícita de estas disposiciones en su totalidad, y se compromete(n) a mantener en fideicomiso el 100% del pago condicional de los beneficios del UABT o la totalidad del pago proveniente de cualquiera de las fuentes o de una combinación de fuentes de primeros y terceros, sin interrupción, excepto por el reembolso al UABT. UABT contará con un derecho de retención equitativo sobre cualquier fondo recibido por la(s) parte(s) perjudicada(s) y/o su abogado de cualquier fuente, y dichos fondos se mantendrán en fideicomiso hasta el momento en que las obligaciones en virtud de esta disposición estén totalmente satisfechas. Usted o su(s) dependiente(s) acepta(n) incluir a UABT como copagador en todos y cada uno de los borradores de convenios. Además, al aceptar los beneficios, el/los Participante(s) comprende(n) que cualquier cobro obtenido de conformidad con esta sección constituye un activo del Plan en la medida del importe de los beneficios pagados por el Plan, y que el Participante será un fideicomisario sobre dichos activos del Plan.

En caso de que el afiliado o su(s) dependiente(s) llegue(n) a un acuerdo, se cobre(n) o sea(n) reembolsado(s) por cualquier Cobertura que resulte de la lesión causada por terceros, usted o su(s) dependiente(s) acuerda(n) reembolsar al Plan el cien por ciento (100%) de los beneficios pagados o que serán pagados por UABT en nombre del (de los) Participante(s). Cuando dicho cobro no incluya el pago de tratamientos futuros, el derecho del Plan al reembolso se extiende a todos los beneficios pagados o que pagará el Plan en nombre del afiliado y de su(s) dependiente(s) por los cargos incurridos hasta la fecha en que dicha Cobertura o tercero quede totalmente eximido de responsabilidad, incluidos los cargos que aún no se hayan presentado al Plan. Si el/los Participante(s) no reembolsa(n) al Plan cualquier sentencia o acuerdo recibido, el/los Participante(s) será(n) responsable(s) de todos los gastos (honorarios y costos) asociados con la intención del Plan de cobrar dicho dinero. Nada de lo dispuesto en el presente documento se interpretará como una prohibición para que UABT reclame el reembolso de los gastos incurridos después de la fecha de convenio si dicho reembolso prevé la consideración de gastos médicos futuros.

Si existe más de una parte responsable de los cargos pagados por UABT o que pueda ser responsable de los cargos pagados por el Plan, el Plan no estará obligado a seleccionar una parte en particular de la cual se deba efectuar el reembolso. Asimismo, los fondos de convenio no asignados destinados a indemnizar a múltiples partes perjudicadas de las cuales el o los Participantes son solo una o unas pocas, se considerará que ese fondo de convenio no asignado ha sido designado como un fondo “identificable” del cual el plan puede solicitar el reembolso.

Sección 2, Subrogación

Como condición para participar y recibir los beneficios del Plan, el afiliado y/o su(s) dependiente(s) aceptan ceder al Plan el derecho a subrogarse y presentar todos y cada uno de los reclamos, causas de acción o derechos que puedan surgir contra cualquier persona, corporación y/o entidad, y a cualquier Cobertura a la que tenga(n) derecho el(los) Participante(s), independientemente de cómo se clasifique(n) o caracterice(n), a discreción del Plan, si el afiliado o su(s) dependiente(s) no ejercen dichos derechos y/o acciones.

Si el afiliado o su(s) dependiente(s) recibe(n) o adquiere(n) el derecho a recibir beneficios, se establece un gravamen equitativo automático a favor del Plan sobre cualquier reclamo que pueda tener cualquier Participante(s) contra cualquier Cobertura y/o parte causante de la Enfermedad o Lesión por el monto de dicho pago condicional por parte del Plan más los costos razonables de cobranza. El afiliado o su(s) dependiente(s) se compromete(n) a notificar a UABT o a su representante autorizado acerca de cualquier convenio antes de su finalización, la ejecución de un descargo de responsabilidad o la recepción de los fondos correspondientes. Por otra parte, el afiliado o su(s) dependiente(s) se compromete(n) a mantener en fideicomiso en nombre del Plan todos y cada uno de los fondos así recibidos y a actuar como fideicomisario en lo que respecta a dichos fondos hasta que se respeten los derechos del Plan descritos en el presente documento y se reembolse al Plan.

El Plan podrá, a su discreción, en su propio nombre o en nombre del/de los Participante(s) iniciar un procedimiento o presentar un reclamo contra cualquier parte o Cobertura para el cobro de todos los daños y perjuicios en la totalidad del valor de cualquiera de dichos beneficios o pagos condicionales anticipados por el Plan.

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

- 1) la parte responsable, la compañía de seguros que le cubra o cualquier otra fuente en nombre de dicha parte,
- 2) cualquier seguro de primera persona mediante cobertura de pago médico, protección contra lesiones personales, cobertura de no culpabilidad, cobertura de motorista sin seguro o con seguro insuficiente,
- 3) cualquier póliza de seguro de cualquier compañía de seguros o garante de un tercero,
- 4) la compañía de seguros de accidentes de trabajo u otra compañía de seguros de responsabilidad civil,
- 5) cualquier otra fuente, incluidos, entre otros, los fondos de restitución a las víctimas de delitos, cualquier pago de beneficios médicos, por incapacidad o de otro tipo, y la cobertura del seguro escolar.

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

Sección 3, Derecho de reembolso

UABT tiene derecho a cobrar el 100% de los beneficios pagados o los beneficios pagaderos incurridos, que hayan sido pagados y/o serán pagados por el Plan, o que de otro modo hayan sido incurridos por el/los Participante(s) antes y hasta la exención de responsabilidad de la entidad responsable, según corresponda, sin deducción de honorarios de abogados y costos o aplicación de la doctrina del fondo común, doctrina de indemnización integral, o cualquier otra teoría legal o equitativa similar, y sin tener en cuenta si se compensa totalmente al/los Participante(s) por su cobro de todas las fuentes. UABT tendrá un derecho de retención equitativo que reemplaza todas las normas, doctrinas y leyes de derecho consuetudinario o estatutario de cualquier Estado que prohíban la cesión de derechos que interfiera o comprometa de cualquier manera el derecho de retención equitativo y el derecho de reembolso del Plan. La obligación de reembolsar íntegramente al Plan existe independientemente de cómo se clasifique la sentencia o el acuerdo y de si la sentencia o el acuerdo designan específicamente la cobranza o una parte de ella como gastos médicos, de incapacidad u otros, y se extiende hasta la fecha en que la parte responsable queda exonerada de responsabilidad. Si el importe cobrado por el afiliado o sus dependientes es inferior a los beneficios abonados, el UABT tiene derecho a percibir la totalidad del importe cobrado. Todos los fondos recibidos por el Participante se considerarán en fideicomiso constructivo y no deberán disiparse ni desembolsarse hasta que se haya satisfecho la obligación del Participante de reembolsar al Plan de conformidad con las presentes disposiciones. Por otra parte, el Participante se compromete a mantener en fideicomiso en nombre del Plan todos y cada uno de los fondos así recibidos y a actuar como fideicomisario en lo que respecta a dichos fondos hasta que se respeten los derechos del Plan descritos en el presente documento y se reembolse al Plan.

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

El derecho de subrogación y reembolso del Plan no se reducirá ni se verá afectado como consecuencia de cualquier culpabilidad o reclamo por parte del afiliado o de su(s) dependiente(s), ya sea en virtud de las doctrinas de causalidad, culpabilidad comparativa o negligencia concurrente, u otra doctrina legal similar. En consecuencia, cualquier ley de reducción de gravámenes que pretenda aplicar dichas leyes y reducir el cobro de un Plan subrogante no será aplicable al Plan y no reducirá los derechos de reembolso del Plan.

Los derechos de subrogación y reembolso mencionados se aplicarán con independencia de que el Plan exija o no un reconocimiento por escrito de dichos derechos y de que el/los Participante(s) los firme(n).

Esta disposición no limitará ningún otro recurso del Plan previsto por la ley. Los derechos de subrogación y reembolso anteriores se aplicarán sin tener en cuenta el lugar del suceso que provocó o causó la enfermedad, lesión, afección o incapacidad correspondiente.

Sección 4, El participante es fideicomisario de los activos del Plan

Todo Participante que reciba beneficios y, por lo tanto, esté sujeto a los términos de la presente sección, se considera receptor y titular de los activos del Plan y, por lo tanto, se considera fideicomisario del Plan únicamente en lo que se refiere a la posesión de los fondos que puedan adeudarse al Plan como resultado de cualquier acuerdo, sentencia o cobro a través de cualquier otro medio derivado de cualquier lesión o accidente. En virtud de esta condición, el Participante entiende que se le exige:

- a) notificar al Plan o a su representante autorizado de cualquier convenio antes de su finalización, de la ejecución de un descargo de responsabilidad o de la recepción de los fondos correspondientes.
- b) instruir a su abogado para asegurar que el Plan y/o su representante autorizado se incluya como beneficiario en todos los borradores de convenios.

c) en circunstancias en las que el afiliado o su(s) dependiente(s) no esté(n) representado(s) por un abogado, a dar instrucciones a la compañía de seguros o a cualquier tercero del que el Participante obtenga un convenio, sentencia u otra fuente de Cobertura, para que incluya al Plan o a su representante autorizado como beneficiario en el borrador del convenio.

d) mantener todos y cada uno de los fondos así recibidos en fideicomiso, en nombre del UABT, y actuar como fideicomisario en lo que concierne a dichos fondos, hasta que los derechos del Plan descritos en el presente sean respetados y el Plan sea reembolsado.

En la medida en que el afiliado o su(s) dependiente(s) impugne(n) esta obligación con UABT en virtud de lo dispuesto en esta sección, el Participante o cualquiera de sus agentes o representantes también está obligado a mantener cualquiera/todos los fondos de convenio, incluida la totalidad del convenio si este es inferior a los intereses del Plan, y sin reducción en concepto de honorarios de abogados, sobre los que ejerce control, en una cuenta separada de sus cuentas o activos generales hasta el momento en que se resuelva la impugnación.

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

Sección 5, Exención de responsabilidad

El derecho de reembolso de UABT se extiende a toda atención relacionada con incidentes que reciban el afiliado o su(s) dependiente(s) (“incurridos”) antes de que se exima de responsabilidad a la parte responsable. Por lo tanto, la obligación del/de los Participante(s) de reembolsar al Plan está vinculada a la fecha en la que se incurrió en los reclamos; no a la fecha en la que el Plan efectúa el pago. En caso de un convenio, el Participante tiene la obligación de revisar el “derecho de retención” proporcionado por el Plan y de reflejar los reclamos pagados por el Plan por los cuales solicita el reembolso, antes de llegar a un convenio y/o de ejecutar una exención de cualquier tercero responsable o potencialmente responsable; asimismo, tiene la obligación de informar al Plan de cualquier atención relacionada con incidentes en la que haya incurrido antes de la fecha propuesta de convenio y/o exención, que no conste enumerada pero en la que se haya incurrido o se vaya a incurrir, y por la que se vaya a solicitar el pago al Plan.

Sección 6, Cobertura de beneficios/seguro de salud extraordinarios

Si en el momento de producirse la lesión, enfermedad, afección o incapacidad, existe o puede existir alguna Cobertura (incluida, entre otras, la Cobertura resultante de una sentencia judicial o de acuerdos extrajudiciales), los beneficios de este Plan se aplicarán únicamente como extraordinarias a dichas otras fuentes de Cobertura, salvo que se disponga lo contrario en la sección Coordinación de Beneficios del Plan.

Los beneficios del Plan serán extraordinarios a cualquiera de los siguientes:

- a) la parte responsable, su aseguradora o cualquier otra fuente en nombre de dicha parte;
- b) cualquier seguro de primera persona o cobertura de beneficios mediante cobertura de pago médico, protección contra lesiones personales, cobertura de no culpabilidad, cobertura de motorista sin seguro o con seguro insuficiente;
- c) cualquier póliza de seguro de cualquier compañía de seguros o garante de un tercero;
- d) la compañía de seguros de accidentes de trabajo u otra compañía de seguros de responsabilidad civil;
- e) cualquier otra fuente, incluidos, entre otros, los fondos de restitución a las víctimas de delitos, cualquier pago de beneficios médicos, por incapacidad o de otro tipo, y la cobertura del seguro escolar.

Sección 7, Separación de fondos

Los beneficios pagados por el Plan, los fondos cobrados por el/los Participante(s) y los fondos en fideicomiso sobre los que el Plan posee un derecho de retención equitativo existen independientemente de la propiedad y el patrimonio del/de los Participante(s), de modo que el fallecimiento del/de los Participante(s) o la declaración de quiebra del/de los Participante(s) no afectarán al derecho de retención equitativo del Plan, a los fondos sobre los que el Plan tiene un derecho de retención o al derecho del Plan a la subrogación y al reembolso.

Sección 8, Homicidio culposo o Muerte causada por negligencia

En caso de que el afiliado o su(s) dependiente(s) fallezca(n) como consecuencia de sus lesiones y se presente una demanda por homicidio culposo o de sobreviviente contra un tercero o cualquier Cobertura, los derechos de subrogación y reembolso de UABT seguirán vigentes, y la entidad que presente dicha demanda deberá respetar y hacer cumplir los derechos y condiciones establecidos del Plan por los cuales se abonan los beneficios en nombre del/de los Participante(s) y de todos los demás que se beneficien de dicho pago.

Sección 9, Obligaciones

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

- a) Cooperar con el UABT o cualquier representante del Plan y el Administrador del Plan, en la protección de los derechos del UABT, incluido la presentación de pruebas, la asistencia a las declaraciones juradas y/o la cooperación en el juicio para preservar los derechos del UABT.
- b) Facilitar al UABT información pertinente relativa a la afección, enfermedad, incapacidad o lesión, incluidos los informes de accidentes, información sobre convenios y cualquier otra información adicional solicitada.
- c) Tomar las medidas y ejecutar los documentos que el UABT pueda requerir para agilizar la ejecución de sus derechos de subrogación y reembolso.
- d) No hacer nada que perjudique los derechos de subrogación y reembolso del UABT.
- e) Reembolsar puntualmente al Plan cuando se reciba un cobro a través de un convenio, sentencia, adjudicación u otro pago.
- f) Notificar al UABT o al Administrador del Plan cualquier reclamo o atención relacionados con incidentes que puedan no estar identificados dentro del gravamen (pero en los que se haya incurrido) y/o solicitud de reembolso presentada por o en nombre del Plan.
- g) Notificar al UABT o al Administrador del Plan cualquier convenio antes de su finalización.
- h) A no convenir ni eximir, sin el consentimiento previo del Plan, ningún reclamo que el Participante pueda tener contra cualquier parte responsable o Cobertura.
- i) A instruir a su abogado para asegurar que el Plan y/o su representante autorizado se incluya como beneficiario en todos los borradores de convenios.
- j) en circunstancias en las que el afiliado o su(s) dependiente(s) no esté(n) representado(s) por un abogado, a instruir a la compañía de seguros o a cualquier tercero del que el afiliado obtenga un convenio, para que incluya al UABT como beneficiario en el borrador del convenio.

k) Realizar esfuerzos de buena fe para evitar el desembolso de los fondos de convenio hasta el momento en que se resuelva cualquier impugnación entre el Plan y el Participante sobre los fondos de convenio.

Si el afiliado y/o su abogado no reembolsan al UABT todos los beneficios pagados, por pagar, incurridos o que se incurrirán, antes de la fecha de la exención de responsabilidad de la entidad pertinente, como resultado de dicha lesión o afección, a partir de cualquier recaudación, sentencia o convenio recibido, el afiliado será responsable de todos y cada uno de los gastos (ya sean honorarios o costes) asociados con la intención del UABT de cobrar dicho dinero.

El derecho de reembolso y/o subrogación por parte del UABT no dependen en modo alguno de la cooperación o adhesión del afiliado o de su(s) dependiente(s) a los presentes términos. El incumplimiento por parte del afiliado o de su abogado de su obligación de responder al UABT en un plazo de sesenta (60) días puede dar lugar a la denegación de sus reclamos.

Sección 10, Compensación

Si no se efectúa el reembolso a su debido tiempo, o si el afiliado, su(s) dependiente(s) y/o el abogado contratado no cumplen con alguno de los requisitos del UABT, el Plan tiene derecho, además de cualquier otro medio legal de cobranza, a deducir el valor de la cantidad que el afiliado adeude al UABT. A tal efecto, el UABT podrá denegar el pago de cualquier beneficio médico futuro y de cualquier fondo o pago adeudado en virtud de este Plan en nombre del/de los Participante(s) por un importe equivalente a toda cantidad pendiente de pago que el afiliado adeude al UABT. Esta disposición se aplica incluso si el Participante ha desembolsado fondos de convenio.

Sección 11, Condición de menor de edad

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

Si los padres del menor o el tutor designado por el tribunal no toman dichas medidas, el Plan no tendrá obligación alguna de adelantar el pago de los beneficios médicos en nombre del menor. Todos los gastos judiciales u honorarios legales relacionados con la obtención de dicha aprobación correrán a cargo de los padres o del tutor designado por el tribunal del menor.

Sección 12, Interpretación lingüística

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

Sección 13, Separabilidad

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

Parte IX, Los beneficios de su seguro de vida

Si el afiliado reúne los requisitos para percibir los beneficios del seguro de vida y es un empleado en activo en la fecha de entrada en vigor de su cobertura, el beneficiario asignado tendrá derecho a los importes de los beneficios que figuran en la página Anexo de beneficios de vida de este resumen de beneficios, siempre y cuando se hayan abonado las cotizaciones correspondientes en nombre del afiliado para el mes en el que se produzca su fallecimiento.

Asimismo, el afiliado debe tener en cuenta las siguientes disposiciones y limitaciones que afectan a estos beneficios. Por otra parte, tiene derecho a solicitar al Fideicomiso un certificado de seguro que describa todas las disposiciones y limitaciones de la cobertura de su Seguro de vida temporal bajo contrato colectivo.

Sección 1, Limitación para jubilados

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

Sección 2, Beneficiario

Los beneficios pagaderos como consecuencia del fallecimiento del afiliado se abonarán al beneficiario que haya designado en su tarjeta de afiliación, siempre que dicha tarjeta haya sido presentada al Administrador del Plan y a su empleador.

Si el afiliado designa a un beneficiario distinto de su cónyuge legal, se requiere la firma de su cónyuge indicando el consentimiento a dicha designación de beneficiario.

Si el afiliado no designó a un beneficiario antes de su fallecimiento, la Compañía de seguros tiene la opción de pagar los beneficios a cualquiera de sus supérstites próximos en el siguiente orden de prioridad: su cónyuge, otros adultos a su cargo, hijos (en importes iguales), padres (en importes iguales); o al albacea o administrador de la sucesión del afiliado, tal y como se defina en la legislación estatal aplicable.

Si el beneficiario del afiliado es menor de edad o está incapacitado para justificar válidamente su recepción, la Compañía de seguros tiene la opción de pagar los beneficios a cualquier persona o institución que asuma la custodia y/o manutención principal del beneficiario en virtud de una orden judicial.

Sección 3, Cambio de beneficiario

El afiliado puede tener el derecho exclusivo de designar o cambiar de beneficiario. Así pues, podrá cambiar de beneficiario en cualquier momento presentando una nueva tarjeta de afiliación 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 este último que indique su consentimiento al cambio. El cambio entrará en vigor en la fecha en que el afiliado firme una nueva tarjeta de afiliación si dicha tarjeta es recibida por el Fideicomiso antes de la emisión de los beneficios.

Sección 4, Consentimiento del beneficiario

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

Sección 5, Métodos opcionales de liquidación

El beneficiario del afiliado puede elegir determinadas liquidaciones mensuales, según el importe de los beneficios del seguro del afiliado, en lugar de un pago único. Si el beneficiario del afiliado desea esta opción, deberá ponerse en contacto con la Compañía de Seguros.

Sección 6, Beneficios del seguro de vida para dependientes

Las personas a cargo del afiliado que reúnan los requisitos están cubiertas y se le abonarán los beneficios correspondientes si: (a) los beneficios de vida para dependientes están incluidos en la página Anexo de beneficios de vida; y, (b) se han abonado las cotizaciones previstas para el mes en el que se produce el fallecimiento del dependiente.

Sección 7, Continuación de los beneficios del seguro de vida

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

El afiliado tiene derecho a convertir su seguro de vida colectivo en un seguro de vida individual por cese de su relación laboral o por dejar de pertenecer a una clase de empleados elegibles por un motivo distinto a (1) que la póliza colectiva haya finalizado; (2) que el seguro de vida para empleados previsto en la póliza colectiva haya finalizado; o (3) que su empleador haya dejado de ser un empleador cotizante. Para poder optar a ello, el afiliado debe solicitarlo y abonar 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 en un formulario de póliza que la compañía de seguros emita en ese momento, sin las cláusulas adicionales opcionales, por un importe que no supere la suma del seguro que se extingue en virtud de la póliza principal general. No se proporciona cobertura de conversión para seguros de vida complementarios 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 la forma y el importe del seguro elegido. No se exigirán pruebas de asegurabilidad.

Sección 8, Continuación del seguro de vida para dependientes

Si la página Anexo de beneficios de vida y muerte accidental indica una cobertura de vida para dependientes, el afiliado podrá optar por continuar con dicha cobertura mediante la autoliquidación de las cotizaciones durante cualquier periodo en el que el afiliado se halle totalmente incapacitado. Este privilegio finalizará si no se abonan las cotizaciones correspondientes o si se cancelan los Beneficios de Vida para Dependientes del Plan.

Parte X, Red de beneficios farmacéuticos

Sección 1, Red de beneficios farmacéuticos

El UABT contrata a una red de farmacias independientes y de cadenas de tiendas que aceptan suministrar medicamentos recetados a cambio de una tarifa fijada. Al recurrir a estas farmacias, el afiliado limitará sus gastos por medicamentos recetados al copago designado que se indica en su Anexo de beneficios por gastos de medicamentos recetados o en su Anexo de beneficios por gastos médicos. Consulte la Parte XI, Sección 9 para conocer los cargos de farmacia.

Sección 2, Servicios de farmacia de panel

Cuando el afiliado o su dependiente elegible opte por adquirir una receta cubierta para un suministro de hasta treinta y cuatro (34) días en una farmacia del panel, abonará un copago designado, y el resto del importe del medicamento será abonado en su totalidad por el UABT tras el deducible, si procede. Los Servicios de farmacia del panel del UABT están diseñados para proporcionar cobertura para medicamentos genéricos equivalentes, medicamentos de formulario y medicamentos original de marca. (Consulte el Anexo de beneficios farmacéuticos para conocer los detalles de sus beneficios farmacéuticos).

Sección 3, Farmacia de venta por correo

Cuando el afiliado o su dependiente elegible opte por adquirir una receta cubierta para un suministro de hasta noventa (90) días, a través del programa de pedidos por correo del UABT, abonará un copago a la farmacia de venta por correo, y el resto del importe del medicamento será abonado en su totalidad por el UABT tras el deducible, si procede. La opción de pedido por correo está pensada para las recetas de mantenimiento (a largo plazo).

Sección 4, Medicamentos de especialidad

Ciertos medicamentos utilizados para el tratamiento de enfermedades complejas deben obtenerse a través de los Programas de Farmacia de Especialidades. Las recetas de este tipo de medicamentos requieren una autorización previa. (Llame al Departamento de Atención al Afiliado del UABT al 800.223.4590 para más información).

Sección 5, Apelaciones de determinaciones de beneficios denegadas/adversas

El PBM llevará a cabo el primer nivel de apelaciones internas de denegaciones y/o determinaciones adversas de beneficios consistentes con el Anexo de beneficios farmacéuticos del UABT del afiliado. El PBM probará todos los beneficios aplicables de derechos y notificaciones de apelación al afiliado o a su dependiente elegible 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 de beneficios farmacéuticos o una determinación adversa, el afiliado debe presentar una solicitud por escrito (carta, correos electrónicos, etc.) que son revisados por el Coordinador de Quejas y Reclamos del PBM. En un plazo de cinco (5) días a partir de la recepción de la carta del afiliado, se le notificará que su carta ha sido recibida.

El Coordinador de quejas y reclamos del PBM revisa la información enviada por el afiliado y se comunica con el proveedor prescriptor para obtener la documentación adicional necesaria para una revisión clínica. La revisión clínica la lleva a cabo un farmacéutico independiente y concluye en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la apelación por escrito.

Si el Coordinador de quejas y reclamos del PBM ratifica la denegación o la determinación adversa del beneficio, el afiliado tendrá derecho a apelar ante la UABT de conformidad con la Sección 9 de la Parte XIV.

Sección 6, Programas de asistencia para el copago

En algunas circunstancias, UABT puede facilitar al participante información sobre diversos programas de asistencia para el copago o programas de descuentos proporcionados por fabricantes de medicamentos. Si el Participante recibe asistencia para el copago o descuentos, el importe de la asistencia para el copago o del descuento no se considerará abonado por el Participante para el cálculo de la participación en los gastos o del desembolso máximo. La participación final en los gastos y el crédito para el máximo de gastos de desembolso se calcularán después de la aplicación del programa de asistencia.

Parte XI, Beneficios del plan médico

El afiliado y sus dependientes elegibles gozan de la cobertura de los beneficios descritos en el Anexo de beneficios para gastos médicos o en el Resumen de beneficios si se han efectuado las cotizaciones correspondientes en su nombre para el mes en el que se incurre en el gasto cubierto.

Todos los beneficios descritos en el Anexo de beneficios para gastos médicos, en el Resumen de beneficios o en la presente Descripción abreviada del plan constituirán un gasto cubierto. Cualquier copago, coseguro o deducible aplicable será cobrado por el proveedor u hospital que preste la atención. El importe restante del gasto cubierto será abonado en el Porcentaje indicado, hasta el Máximo del plan, por el UABT al proveedor u hospital que preste la atención.

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

La UABT no exige al afiliado que seleccione un proveedor de atención médica primaria. Le recomendamos a que seleccione un proveedor de atención médica primaria. Los afiliados no necesitan autorización ni derivación para recibir atención de un especialista. Sin embargo, muchos especialistas no programarán una consulta con el afiliado sin una derivación de su proveedor de atención médica primaria. Si su especialista necesita una autorización o derivación, comuníquese con su proveedor de atención médica primaria.

Dado que el afiliado no está obligado a seleccionar un proveedor de atención médica primaria, ningún proveedor está obligado a cumplir objetivos de tratamiento específicos, números concretos, duración máxima de las visitas o cualquier otra métrica para recibir el pago. La remuneración de los proveedores no incluye ningún incentivo o penalización relacionados con la atención del afiliado.

El afiliado puede obtener servicios ajenos a la red si su plan prevé esta cobertura en su Resumen de beneficios. Se aplicará la participación en los gastos a menos que el afiliado haya alcanzado el máximo de gastos de desembolso.

Conforme a la ley federal, el afiliado puede acceder a la sala de emergencias para cualquier urgencia según su criterio. El afiliado podrá acceder a la atención de cualquier proveedor de acuerdo con el horario de atención de este, incluidas las horas nocturnas y los fines de semana.

El proveedor del afiliado sabrá si un servicio requiere una autorización previa y solicitará la derivación para el afiliado. Si el proveedor del afiliado no sabe cómo solicitar una autorización previa, la tarjeta de identificación de la UABT de este último lleva el número de teléfono para la autorización en el dorso. Si se pone fin a la cobertura del afiliado y este vuelve a inscribirse en la cobertura de la UABT, lo que provoca una interrupción de la cobertura con la UABT, el afiliado deberá obtener una nueva autorización previa para los servicios.

El UABT solo podrá denegar retroactivamente la cobertura de un servicio de urgencia o autorizado previamente si el afiliado no abona su prima (cotización) o si comete fraude.

Sección 1, Gastos médicos no cubiertos

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

(a) Asesoramiento matrimonial, suplementos nutricionales, salvo en los casos especificados en el apartado de Cuidados preventivos, la gestión de dietas, terapia ocupacional no terapéutica, masajes terapéuticos, terapia educativa, terapia dirigida a las Actividades de la Vida Diaria (AVD), programas de ejercicios comerciales, las afiliaciones a gimnasios, spas o clubes de salud/centros de bienestar (no obstante, Sin embargo, el asesoramiento matrimonial y el asesoramiento conductual sí están cubiertos cuando los servicios se prestan a través de la telemedicina);

(b) Gastos de transporte para viajes en líneas aéreas regulares, ferrocarril, autobús, taxi u otro medio de transporte comercial, independientemente del destino o propósito, a menos que estén permitidos como parte de nuestros beneficios de la Red Mexicana de Paneles, el Programa de Trasplantes o los servicios de aborto.

(c) Cirugía estética (tal y como se define en la sección 21 de la parte V); no se aplica a los gastos incurridos para la reparación de una lesión sufrida en el plazo de un año tras un accidente ocurrido mientras la persona gozaba de la cobertura de los beneficios del Plan, para la corrección de una deformidad congénita en un niño que era elegible para el Plan al nacer, y/o a la cirugía reconstructiva posterior a una mastectomía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones derivadas de una mastectomía (incluido el linfedema).

(d) Gafas (a excepción de los servicios oftalmológicos pediátricos necesarios para satisfacer los beneficios mínimos esenciales en virtud de la ACA) ni audífonos; el diagnóstico o la corrección quirúrgica de defectos de refracción, incluidas, entre otras, la queratotomía radial, la queratoplastia y/o la cirugía ocular con láser; el entrenamiento motor visual u otros ejercicios oculares, a menos que se realicen en lugar de una intervención quirúrgica para corregir un trastorno muscular ocular. El Plan pagará los lentes 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

intervención quirúrgica y el paciente debe estar cubierto por el Plan en el momento de la compra. La terapia oftalmológica puede cubrirse si es médicamente necesaria y los servicios son prestados por un médico colegiado y certificado que ejerza dentro del ámbito de su licencia.

- (e) Gastos de donante y de trasplante de órganos en los que haya incurrido un participante no afiliado a la UABT.
- (f) Maternidad subrogada (implantación de embriones y esperma) y atención médica relacionada con el embarazo para la no participante/no dependiente y/o procedimientos destinados a revertir una esterilización electiva previa, fecundación in vitro, inseminación artificial, transferencia de cigotos, terapia hormonal o cualquier otro servicio destinado al tratamiento de la infertilidad.
- (g) Tratamientos médicos o quirúrgicos relacionados con la disfunción sexual...
- (h) La terapia con hormonas de crecimiento, a menos que se haya demostrado médicamente la deficiencia de dichas hormonas y se determine que es médicamente necesaria.
- (i) El entrenamiento de la marcha o las terapias dirigidas a las Actividades de la Vida Diaria (AVD), a excepción de las terapias necesarias para cumplir los Beneficios de Salud Esenciales según la ACA.
- (j) Servicios prestados por un proveedor sin licencia o por cualquier proveedor que no actúe dentro del ámbito de su licencia.
- (k) El tratamiento no quirúrgico de los pies, incluidos, entre otros, el tratamiento de arcos débiles o caídos, pies planos o pronados, metatarsalgia, juanetes, dedos en martillo, corte o escisión de callos o durezas, o el recorte de las uñas de los pies.
- (l) Los artículos o servicios específicamente enumerados como no pagaderos en las secciones 2 a 23.
- (m) Complicaciones derivadas o relacionadas con un servicio o suministro no cubierto.
- (n) Biorretroalimentación.
- (o) Terapia génica y terapia celular.
- (p) Implantes de pene.
- (q) Los partos domiciliarios o los partos fuera de un centro médico acreditado.

Sección 2, Cargos hospitalarios (Pacientes internos)

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

No se abonarán beneficios por (a) atención 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 en los casos especificados en el apartado de cuidados preventivos; y (e) implantes de costos elevados, a menos que el reclamo hospitalario incluya una factura que muestre el costo real del o los dispositivos. Los gastos cubiertos por implantes se limitan a un máximo de 3 veces el costo real del equipo, verificado por la factura, a menos que en el contrato de red del centro se defina específicamente una disposición diferente para los implantes.

Sección 3, Cargos hospitalarios (pacientes externos) y centros quirúrgicos ambulatorios

Los gastos cubiertos incurridos en el departamento ambulatorio y/o en la sala de emergencias de un hospital suelen ser admisibles, pero los beneficios pueden ser limitados si el tratamiento no fue por una emergencia médica.

El afiliado debe ser consciente de que ahorra importantes cantidades de dinero cuando acude a la consulta de un médico para el tratamiento de una enfermedad rutinaria, en lugar de acudir a la sala de emergencias de un hospital o a un ambulatorio. Las disposiciones del Plan del afiliado tienen esto en cuenta y pueden limitar la cobertura de los gastos hospitalarios ambulatorios no urgentes a los beneficios que se habrían abonado si el afiliado hubiera acudido a un consultorio 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 la definición del plan de Cargo Máximo Permitido y/o de Honorarios Usuales y Acostumbrados (Parte V, Sección 87). Si se realizan dos o más procedimientos durante la misma sesión quirúrgica, el gasto cubierto se determinará en función del valor total del procedimiento principal, medio valor de cualquier procedimiento secundario y un cuarto de valor de cualquier otro procedimiento que añada tiempo y complejidad significativos a la sesión quirúrgica general, a menos que se especifique lo contrario en el contrato de la red del proveedor. Los procedimientos incidentales durante una misma sesión operatoria no reciben consideración adicional.

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

Sección 4, Hospital de convalecencia, centro de enfermería especializada o centro de cuidados prolongados

Se abonarán beneficios por internamiento necesario si: (a) dichos costos se incluyen como gasto cubierto en el Anexo de beneficios para gastos médicos; y (b) se han cumplido todas las condiciones de dicha disposición. No se abonarán beneficios por atención de custodia, rehabilitación o mantenimiento.

Sección 5, Servicio de ambulancias profesional

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

UABT puede pagar el transporte de emergencia en ambulancia en avión o helicóptero a un hospital si el afiliado necesita un transporte en 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 visitas al consultorio, al domicilio o al hospital se indican en el Anexo de beneficios para gastos médicos. También se abonarán beneficios por los gastos cubiertos incurridos en relación con la cirugía, los servicios de laboratorio de diagnóstico y rayos X y la anestesia cuando dichos servicios sean prestados por un facultativo que cumpla la definición de médico del Plan.

Sección 7, Cirugía y anestesia

Si se realizan dos o más procedimientos durante la misma sesión quirúrgica, los beneficios de la cirugía se determinarán en función del valor total del procedimiento principal, medio valor de cualquier procedimiento secundario y un cuarto 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 una misma sesión operatoria no reciben consideración adicional.

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

Los gastos cubiertos para 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 es admisible en lugar de, pero no además de, un cirujano asistente. Los gastos cubiertos para un AQC que actúe como tal se limitan al 15% de la asignación del cirujano principal.

Los servicios quirúrgicos y de anestesia pueden estar limitados a una tabla específica de beneficios, denominada "Resumen de beneficios quirúrgicos del plan". De ser así, se incluye una muestra representativa del resumen de beneficios para su referencia.

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

Los beneficios aplicables se muestran en el Anexo de beneficios para gastos médicos o de resúmenes del plan para radiografías diagnósticas y pruebas de laboratorio solicitadas por un médico y analizadas y leídas por un médico para ayudar a diagnosticar y/o tratar una enfermedad o lesión con cobertura.

Sección 9, Cargos de farmacia

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

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

Los beneficios de farmacia son pagaderos para los medicamentos anticonceptivos y los medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil. No se abonan beneficios médicos o de farmacia por medicamentos recetados o utilizados para mejorar el rendimiento sexual, ayudar a la fertilidad, mejorar el aspecto estético o suprimir el apetito.

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

Sección 10, Medicamentos de formulario

Un formulario de medicamentos es una lista de medicamentos preferidos y cubiertos que se recomienda a los médicos prescriptores. Si es aplicable al Anexo de beneficios para gastos de medicamentos recetados del afiliado, los formularios promueven el uso de medicamentos elegidos que son igual de eficaces y menos costosos que los

medicamentos alternativos. El UABT facilitará al afiliado una lista de los medicamentos de formulario para su Plan de Prescripción. La lista está sujeta a cambios sin previo aviso.

Los productos de venta libre, excepto los especificados en Atención preventiva, los inyectables y otros medicamentos incluidos en el formulario pueden no estar cubiertos si se excluyen específicamente por otra(s) disposición(es) de esta Descripción abreviada del plan.

Sección 11, Medicamentos, productos y dispositivos huérfanos

Un medicamento, producto, producto biológico, dispositivo o alimento médico huérfano debe haber sido aprobado por la Oficina de Desarrollo de Productos Huérfanos (OOPD) de la FDA. UABT considerará los medicamentos, productos y dispositivos huérfanos como un gasto cubierto tras la aprobación de dicho medicamento, producto o dispositivo por la OOPD.

Sección 12, Servicios de enfermería

Servicios de un enfermero titulado (RN), al prestar servicios ordenados por o realizados bajo la supervisión directa de un médico, siempre que los servicios realizados requieran las habilidades y la formación de un RN y se encuentren dentro del ámbito de práctica cubierto por la licencia del enfermero.

Los servicios de un enfermero titulado y privado a domicilio o durante una hospitalización de convalecencia aprobada, están cubiertos si el reclamo reúne los requisitos para los Beneficios médicos principales y los servicios de un enfermero: (a) fueron ordenados por el médico; (b) constituyeron servicios médicamente necesarios que requerían la formación especializada de un enfermero; y, (c) no fueron principalmente tareas domésticas, higiene personal, preparación de comidas o atención de custodia.

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

Sección 13, Gastos de cobalto, quimioterapia o radioterapia

Los gastos ocasionados durante la hospitalización se abonan en el marco de los Beneficios de servicios hospitalarios. Si un reclamo califica para los Beneficios médicos principales, entonces el gasto cubierto por la cobaltoterapia, quimioterapia o radioterapia ambulatorias será pagadero bajo las disposiciones aplicables de los Beneficios médicos principales.

Sección 14, Fisioterapia, logopedia y acupuntura

Los gastos ocasionados por fisioterapia durante una hospitalización se considerarán pagaderos en virtud del Beneficio de servicios hospitalarios. El término "fisioterapia" incluye las terapias de habilitación, rehabilitación y ocupacionales médicamente necesarias.

Un paciente puede autoderivarse a un fisioterapeuta hasta un máximo de 45 días naturales/12 visitas. Los beneficios pueden limitarse a un máximo combinado de 30 visitas terapéuticas según el Anexo de beneficios y/o resúmenes del plan. Toda visita adicional deberá contar con la prescripción de un médico y la autorización previa del UABT.

Si el reclamo del afiliado reúne los requisitos para la cobertura y dichos servicios no están excluidos en su plan específico (consulte su Anexo de beneficios para gastos médicos o resúmenes del plan), el gasto cubierto por fisioterapia o acupuntura ambulatoria realizada por o bajo la dirección escrita de un "médico" (según se define en la Parte V, Sección 29) será admisible si el tratamiento es médicamente necesario para restablecer una función corporal deteriorada o para aliviar el dolor. En caso de que lo preste otro facultativo, la evolución del afiliado debe ser supervisada regularmente por el médico que lo prescribió.

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

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

Sección 15, Suministros médicos y terapéutica duradera

Los gastos derivados de los suministros y equipos médicos durante la hospitalización se abonan en el marco de los Beneficios de servicios hospitalarios. Si el reclamo califica para los Beneficios médicos principales, los gastos cubiertos por suministros médicos necesarios, incluidos oxígeno, sillas de ruedas eléctricas de modelo estándar y equipos terapéuticos similares serán permitidos con las siguientes restricciones:

- (a) el suministro, aparato o equipo debe ser ordenado por un médico;
- (b) el artículo cubierto debe ser estrictamente para uso en el tratamiento del paciente, y no para uso general de la familia;

- (c) si el artículo se puede alquilar en una casa de suministros médicos o quirúrgicos, el gasto cubierto no superará la cuota de alquiler por el número de meses de uso que el médico certifique como médicamente necesario;
- (d) los gastos cubiertos por alquiler no superarán el Importe máximo permitido por el plan para la compra del equipo;
- (e) si el artículo no se puede alquilar, debe tratarse de un artículo especializado que no se pueda obtener en una farmacia normal o en tiendas por departamentos.

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

Sección 16, Prótesis

Si el reclamo califica para Beneficios médicos principales, el gasto cubierto incluirá: (a) la prótesis inicial para la sustitución de un miembro u ojo extirpado mientras el paciente reunía los requisitos del Plan; (b) una prótesis inicial necesaria para corregir una deformidad congénita de un niño y prótesis de sustitución a medida que el niño madure; 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 abonará como cualquier otro reclamo.

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

No se abonarán beneficios por: (a) asesoramiento matrimonial o familiar o (b) modificación del comportamiento, terapia educativa o cualquier otra terapia dirigida a las dificultades de aprendizaje; Sin embargo, algunos beneficios de salud conductual pueden estar disponibles a través del programa de telemedicina del UABT.

Sección 18, Servicios de salud a domicilio

Los gastos cubiertos por los Servicios de salud a domicilio incluyen los cuidados de enfermería especializados prestados por un RN (enfermero titulado) o un LVN (auxiliar de enfermería), las pruebas de laboratorio y/o radiografías diagnósticas, los suministros médicos, los medicamentos recetados y la fisioterapia que hubieran sido necesarios si el paciente hubiera permanecido en el hospital.

Sección 19, Cuidados paliativos

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

Sección 20, Derechos especiales respecto al parto

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

Sección 21, Información genética

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

Sección 22, Servicios de planificación familiar

Los gastos cubiertos incluyen los servicios de planificación familiar prestados por un proveedor contratado. Los servicios incluyen píldoras o parches anticonceptivos, preservativos, inyectables, diafragmas, DIU, servicios de anticoncepción de emergencia (por ejemplo, Plan B) y atención de seguimiento; exámenes ginecológicos; pruebas de embarazo y asesoramiento médico; cribado médico y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual, VIH, Papanicolau, 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 sean médicamente necesarias para el diagnóstico (cuando los procedimientos de diagnóstico convencionales no sean concluyentes); si los factores de riesgo del paciente o un historial familiar concreto indican una causa genética; cuando el paciente cumpla unos criterios definidos que le sitúen en un alto riesgo genético de padecer la enfermedad; si la prueba no se considera experimental; de investigación y es un procedimiento aprobado por los CMS; cuando la prueba la realice un laboratorio con certificación CLIA; el resultado de la prueba influirá directamente en la gestión del tratamiento de la enfermedad; y si la prueba va acompañada de asesoramiento previo y posterior a su realización. Las pruebas genéticas no son un Gasto cubierto para el cribado de la población sin antecedentes personales o familiares, a excepción del cribado de recién nacidos y la detección preconcepcional o prenatal de portadores de determinadas afecciones, como la fibrosis quística, la enfermedad de Tay-Sachs, la anemia falciforme y otras hemoglobinopatías; con fines informativos; menores de edad para afecciones de inicio en la edad adulta y un familiar de un afiliado al plan que no esté a su vez afiliado al plan.

Sección 24, Atención preventiva

Gastos por servicios de atención preventiva. El UABT se propone cumplir el requisito de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) de ofrecer cobertura dentro de la red para determinados servicios preventivos sin participación en los gastos. Los beneficios exigidos por la legislación de la ACA incluyen cuidados preventivos como vacunas, cribados y otros servicios que figuran como recomendados por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y los Centros Federales para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Consulte las siguientes páginas web para obtener más información:

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

NOTA: Los servicios de atención preventiva identificados a través de los enlaces anteriores constituyen servicios recomendados. Corresponde al proveedor y/o médico facultativo determinar qué servicios debe prestar; el Administrador del Plan tiene autoridad para determinar qué servicios estarán cubiertos. Los servicios de Atención preventiva estarán cubiertos al 100% para los Proveedores no pertenecientes a la red si no hay un Proveedor perteneciente a la red que pueda proporcionar un servicio preventivo requerido. Los beneficios incluyen los servicios de Atención preventiva específicos para cada sexo, 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:** con arreglo a la sección 2713 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los beneficios están disponibles para los artículos o servicios con fundamento probatorio que tengan en vigor una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).

Inmunizaciones que tienen en vigor una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) con respecto al individuo en cuestión. Con respecto a los bebés, los niños y los adolescentes, la Atención preventiva fundamentada en pruebas y los cribados previstos en las directrices integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).

a) **Servicios preventivos para la mujer:** En lo que respecta a las mujeres, la Atención Preventiva adicional y los cribados previstos en las directrices integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) que no se contemplen de otro modo en las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), que se conocerán comúnmente como Directrices de cobertura obligatoria del plan de salud de servicios preventivos para mujeres de la HRSA. La HRSA ha añadido las siguientes ocho categorías de servicios para la mujer a la lista de servicios preventivos obligatorios:

- 1) Visitas de control a la mujer sana.
- 2) Cribado de la diabetes gestacional.
- 3) Pruebas de ácido desoxirribonucleico (ADN) del virus del papiloma humano (VPH).
- 4) Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual.
- 5) Detección y asesoramiento sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- 6) Métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y asesoramiento anticonceptivo.
- 7) Suministros y asesoramiento de apoyo a la lactancia materna.
- 8) Detección de la violencia doméstica y asesoramiento.

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

Sección 25, Costos rutinarios de los pacientes por su participación en un ensayo clínico aprobado

Gastos por cualquier servicio médicamente necesario, para el que el Plan proporcione beneficios, cuando un Participante intervenga en un ensayo clínico de fase I, II, III o IV, realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento de una enfermedad o afección potencialmente mortal,

según se define en la ACA, siempre que:

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

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

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

Si uno o más Proveedores participantes sí intervienen en el Ensayo clínico aprobado, el Participante del plan cualificado deberá participar en el Ensayo clínico aprobado a través de un Proveedor de la red participante, si dicho Proveedor acepta al Participante en el ensayo.

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

Sección 26, Abandono del tabaquismo

Los Gastos cubiertos para el abandono del hábito tabáquico incluyen los servicios médicamente necesarios prestados por un proveedor contratado y los medicamentos recetados aprobados por la FDA. El gasto cubierto se limita a dos (2) sesiones en 12 meses consecutivos.

Sección 27, Trasplantes

Los gastos admisibles incurridos por procedimientos de trasplante cubiertos durante el periodo de beneficios de trasplante de un Participante o Dependiente elegible serán pagaderos siempre que:

El afiliado o su dependiente llamen al Departamento de Servicios para Afiliados de la 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). El afiliado debe recurrir a un Centro de excelencia, excepto cuando la organización de revisión médica de la UABT apruebe una alternativa. Si no recurre a un Centro de excelencia (salvo que la Revisión médica apruebe otra alternativa), se aplicarán los beneficios no cubiertos por la PPO (Organización de Proveedores Preferidos) a toda la atención relacionada con el trasplante de órganos.

UABT reembolsará los siguientes Gastos cubiertos incurridos como resultado de un Procedimiento de trasplante cubierto para el afiliado o su dependiente:

- (a) Transporte del receptor y un acompañante hasta y desde el lugar del trasplante. Si el receptor es menor de edad, se cubrirá el transporte de dos personas que viajen con él. Se incluyen los gastos razonables y necesarios de alojamiento y comida incurridos en el interín por dichos acompañantes, con la

salvedad de que existe un límite diario de 200 dólares para todos los gastos de alojamiento y comida. El pago total de todos los gastos de transporte, alojamiento y comida de todas las personas para el Procedimiento de Trasplante no excederá de 5.000 dólares.

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

(c) Diagnóstico, tratamiento e intervención quirúrgica por parte de un Médico.

(d) Cuidados de enfermería prestados por un Enfermero titulado (RN) o un Practicante de enfermería licenciado (LPN)

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

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

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

(h) Vendajes y suministros quirúrgicos

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

(j) 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 abonará ningún beneficio (i) por órganos de origen animal y/o mecánico, salvo en los casos previstos anteriormente; (ii) por los gastos incurridos por los que no tendría que pagar legalmente si no existiera cobertura de beneficios; (iii) por atención de custodia; (iv) si el afiliado o su dependiente pierden la cobertura del Plan; (v) por ningún trasplante de órganos o tejidos necesario como consecuencia de una lesión o enfermedad accidental no cubierta por la UABT; y (vi) por los trasplantes que se consideren experimentales.

Sección 28, Aborto electivo

Los gastos admisibles en los que se incurra por procedimientos de aborto electivo durante el periodo de beneficios de una Participante o Dependiente elegible serán pagaderos siempre que:

La afiliada o su dependiente llamen al Departamento de Servicios para Afiliados del UABT para determinar el aborto legal en su estado de residencia. Si el aborto electivo no es legal en el estado de residencia de la afiliada o de su Dependiente, se le facilitará el desplazamiento al siguiente estado más cercano donde el aborto sea legal. Los gastos de viaje pueden quedar cubiertos según se explica a continuación.

UABT reembolsará los siguientes Gastos cubiertos incurridos como resultado de un aborto electivo cubierto para la afiliada o su dependiente:

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

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

(c) Cuidados de enfermería prestados por un Enfermero titulado (RN) o un Practicante de enfermería licenciado (LPN)

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

(e) Vendajes y suministros quirúrgicos

(f) Si el aborto electivo no está cubierto en el estado de residencia de la afiliada o de su dependiente, se cubrirá el transporte de dos personas (la paciente y un acompañante). Se requerirá derivación y autorización para viajar al estado más cercano. Se incluyen los gastos razonables y necesarios de alojamiento y comida incurridos en el interín por dichos acompañantes, con la salvedad de que existe un límite diario de 200 dólares para todos los gastos de alojamiento y comida. El pago total de todos los gastos de transporte, alojamiento y comida de todas las personas para el procedimiento no excederá de 5.000 dólares.

Sección 29, Terapia hormonal sustitutiva

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

Sección 30, Tratamiento del trastorno de identidad de género

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

El tratamiento para la transición transexual estará sujeto a los términos y condiciones del plan que se aplican a las afecciones médicas cubiertas, incluidas, entre otras, la Necesidad médica, la Revisión de utilización y las exclusiones de los servicios cosméticos. Los servicios médicamente necesarios relacionados con la transición de género constituyen un Gasto cubierto si los servicios comparables también se hallan cubiertos cuando no están relacionados con la transición de género, incluidos, entre otros, la cirugía transgénero, la terapia hormonal, la histerectomía, la mastectomía, la reconstrucción mamaria, el tratamiento quirúrgico de la ginecomastia, la cirugía reconstructiva de anomalías genitales y el entrenamiento vocal.

Parte XII, Beneficios del plan dental

Esta sección debe utilizarse junto con el Anexo de beneficios de gastos dentales conforme al plan dental que el afiliado haya elegido. Los beneficios dentales están disponibles para los gastos cubiertos incurridos por los Participantes del Plan elegibles. El pago del Plan se limitará al Importe máximo permitido y/o a los máximos de los beneficios, tal y como se definen en el Anexo de gastos dentales.

Sección 1, Deducible

El deducible del afiliado figura en su Anexo de beneficios de gastos dentales. El importe del deducible es necesario para cada miembro de la familia que reúna los requisitos por Año natural. El Deducible es el importe del Gasto cubierto en el que se debe incurrir para que los beneficios sean pagaderos. Los costos que no califiquen como Gastos cubiertos no podrán utilizarse para satisfacer el Deducible.

Sección 2, Porcentaje pagadero

El porcentaje pagadero por el afiliado se indica en el Anexo de beneficios de gastos dentales. Se trata del porcentaje del Gasto cubierto pagadero una vez satisfecho cualquier Deducible aplicable.

Sección 3, Máximo del plan

El Máximo del Plan del afiliado se indica en el Anexo de beneficios de gastos dentales. Este importe de Gastos cubiertos es el total de los beneficios pagaderos durante cualquier Año natural.

Sección 4, Procedimientos dentales alternativos

Si dos o más procedimientos, servicios o líneas de tratamiento pueden subsanar satisfactoriamente una afección dental, se tendrá en cuenta para el pago el procedimiento menos costoso. Dicha determinación se hará a discreción del Plan sobre la base de las normas de atención profesionalmente avaladas.

Sección 5, Servicios dentales preventivos

Los servicios dentales preventivos se detallan en el Anexo de beneficios de gastos dentales del afiliado y pueden incluir:

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

Sección 6, Servicios dentales básicos

Los servicios dentales básicos se detallan en el Anexo de beneficios de gastos dentales del afiliado y pueden incluir:

- a) Anestesia: Anestesia general cuando se administre en relación con cirugía oral o cuando el Plan la considere médicamente necesaria. Nota: No se cubren los gastos por separado de premedicación, anestesia local, analgesia o sedación consciente. Dichos servicios deben incluirse en el costo del procedimiento en sí.
- b) Restauración de coronas
- 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 cosmética" en la lista de Limitaciones y exclusiones dentales para conocer las restricciones sobre las restauraciones con carillas o revestimientos (es decir, "del color del diente"). Las coronas colocadas para la 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: Ver “Cirugía oral”.
- g) Limaduras, NO Preciosas: Restauraciones de amalgama, silicato, composite y plástico, incluidos los pernos para retener una restauración de relleno cuando sea necesario. Nota: Para los dientes posteriores (detrás) del segundo premolar, se admitirá una asignación para empastes de amalgama. Consulte “Odontología cosmética” en la lista de **Limitaciones y exclusiones dentales**
- h) Inyecciones: Inyección de medicamentos antibióticos.
- i) Cirugía oral: Extracción de dientes, incluidas las extracciones simples y la extracción quirúrgica de dientes impactados por hueso o tejido. Otros tratamientos quirúrgicos y complementarios de enfermedades, lesiones y defectos de la cavidad bucal y estructuras asociadas. Cubrimos las extracciones de Muelas del juicio bajo necesidad médica para verificar que debe decir extracciones simples o por impacto. También cubrimos las biopsias u otras intervenciones quirúrgicas de la boca junto con un diagnóstico médico en el marco del plan médico, por lo general.
- j) Patología: Servicios de laboratorio necesarios para los procedimientos dentales.
- k) Periodoncia: Tratamiento de las encías y los tejidos de la boca, incluido el raspado periodontal y el alisado radicular.
- l) Cementación posterior: Nuevo cementado de una corona, incrustación inlay, puente o dentadura postiza.
- m) Visitas, no rutinarias: Visitas al consultorio en horario habitual para el tratamiento y la observación de lesiones en los dientes y la estructura de soporte. Visitas profesionales fuera del horario de consulta.
- n) Radiografías: Radiografías dentales no incluidas en los servicios dentales preventivos.

Sección 7, Servicios dentales principales

Los servicios dentales principales se detallan en el Anexo de beneficios de gastos dentales del afiliado y pueden incluir:

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

Sección 8, Ortodoncia

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

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

Los beneficios de ortodoncia comenzarán tras la presentación de la prueba de que se ha iniciado el programa de tratamiento de ortodoncia. Los pagos se dividirán en plazos iguales, basados en el número estimado de meses de tratamiento, y se abonarán a lo largo del periodo de tratamiento a medida que se presenten las pruebas de que el tratamiento continúa. El beneficio máximo para los servicios de ortodoncia se

indica en los “Máximos del Plan” en el Anexo de beneficios de gastos dentales aplicable. Este máximo se aplica a todo el periodo o periodos en que una persona esté cubierta por el presente seguro. Puede limitarse a jóvenes de 19 años o menos. Consulte su Anexo de beneficios de gastos dentales para más información.

Limitaciones y exclusiones dentales

Salvo que se indique específicamente, no se pagarán beneficios en virtud del presente Plan por:

- (a) Servicios realizados para la recolocación quirúrgica de la mandíbula o únicamente por motivos estéticos.
- (b) La sustitución de un puente o dentadura postiza en los 5 años siguientes a la fecha original de instalación por cualquier motivo, incluida la pérdida o el robo, a menos que:
 - i. sea necesaria debido a la colocación de un nuevo aparato que crea una fuerza opuesta;
 - ii. se deba a la extracción de dientes naturales adicionales; o,
 - iii. el aparato, mientras se encontraba en la boca del paciente, resultara dañado sin posibilidad de reparación por una lesión accidental.
- (c) Sustitución de cualquier puente o dentadura que sea satisfactoria o pueda hacerse satisfactoria.
- (d) Ningún aparato o restauración, excepto dentaduras completas, cuyo objetivo 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, ni por protectores bucales.
- (f) Procedimientos experimentales, capacitación en el control de la placa o la higiene bucal, o instrucción dietética.
- (g) Los gastos derivados de la no asistencia de un paciente a una cita programada o por la cumplimentación de formularios de reclamo.
- (h) Cargos de servicios dentales por los que la persona cubierta no esté legalmente obligada a pagar.
- (i) Los cargos de servicios o suministros dentales, que estén cubiertos por cualquier otro plan colectivo, cubierto o patrocinado por el empleador.
- (j) Ninguna atención, servicio de tratamiento o suministros por una lesión o enfermedad sufrida mientras se realizaba cualquier actividad u objeto perteneciente a cualquier ocupación o empleo remunerado o lucrativo.
- (k) Ninguna atención, tratamiento, servicio o suministros por los que la persona cubierta tenga derecho a percibir beneficios en virtud de la indemnización por accidente de trabajo o de cualquier ley similar.
- (l) Ninguna atención, tratamiento, servicio o suministros que resulten de una lesión o enfermedad sufrida durante el servicio activo en las fuerzas armadas.
- (m) Servicios y suministros que no sean razonablemente necesarios o que no se realicen de forma habitual.
- (n) Pérdidas causadas o contribuidas por una guerra o un acto de guerra, declarada o no.
- (o) Servicios realizados para la corrección de malformaciones congénitas o del desarrollo.
- (p) Los cargos de rebasado o revestimiento de una dentadura postiza/parcial dentro de los seis (6) primeros meses tras la colocación del aparato.
- (q) Cargos de tratamientos adicionales necesarios debido a la falta de cooperación del paciente con el dentista, o al incumplimiento de los cuidados dentales prescritos, que den lugar a una responsabilidad adicional.
- (r) El ajuste de aparatos protésicos dentro de los seis (6) meses siguientes a la instalación inicial y que no estén incluidos en el costo de dicho aparato.
- (s) Pónticos por motivos distintos a la sustitución de dientes ausentes.
- (t) Cargos derivados de caracterizaciones de coronas, dentaduras postizas o puentes.
- (u) Los gastos de revestimientos, carillas o material similar colocado sobre coronas molares o pónticos.
- (v) Los gastos de artículos de uso doméstico como enjuagues de fluoruro, cepillos de dientes e hilo dental.
- (w) Los cargos de cualquier procedimiento o aparato temporal, a excepción de una corona temporal.
- (x) Los gastos de aplicación de medicamentos desensibilizantes.
- (y) Los cargos de servicios relacionados con trasplantes dentales.

Parte XIII, Beneficios del plan óptico

Esta sección debe utilizarse junto con el Anexo de beneficios ópticos conforme al Plan óptico que el afiliado haya elegido. Los beneficios ópticos están disponibles para los gastos cubiertos incurridos por los Participantes del Plan elegibles. El pago del Plan se limitará al Importe máximo permitido y/o a los máximos de los beneficios, tal y como se definen en el Anexo de beneficios ópticos.

UABT ofrece dos tipos de planes ópticos: un plan de indemnización sin red y un plan de red que utiliza la Red VSP de médicos y proveedores que prestan los servicios ópticos necesarios a cambio de un cargo mínimo para el afiliado. Si tiene preguntas sobre su Plan de indemnización, llame al Servicio de Atención al Afiliado al 1-800-223-4590. Para hallar un proveedor participante de VSP en su área, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de VSP al 1-800-877-7195.

Tras el copago aplicable, el proveedor participante aceptará los honorarios como pago íntegro correspondiente al saldo de los servicios cubiertos. Si el afiliado opta por no recurrir a un proveedor participante, el importe de la prestación para cada servicio se detalla en su Anexo de beneficios ópticos.

Sección 1, Importe del copago óptico

El copago del afiliado figura en el Anexo de beneficios ópticos.

Sección 2, Importe máximo del beneficio óptico

El máximo de beneficios del afiliado se indica en el Anexo de beneficios ópticos

Sección 3, Beneficios del plan óptico

Examen de la vista: (cada 12 meses). Un análisis ocular completo para determinar la presencia de problemas o anomalías visuales.

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

Lentes de contacto: (cada 12 meses) Las lentes de contacto están disponibles una vez cada 12 meses en lugar de todos los demás beneficios de lentes y armazones disponibles en el presente seguro. Cuando se obtienen lentes de contacto, la Persona asegurada no volverá a ser elegible para lentes y armazones durante 12 meses. Consulte el Anexo de beneficios ópticos para conocer la cobertura de las lentes necesarias y electivas. Pueden aplicarse copagos.

Armazones: (cada 24 meses). El Plan ofrece una selección de armazones estándar. Si el afiliado elige un armazón que cueste más que el estándar, o un armazón grande que requiera lentes de gran tamaño, se le cobrará un suplemento.

DISPOSICIONES DEL PLAN

Costos adicionales: El Plan está diseñado para cubrir las necesidades visuales del afiliado, no los materiales cosméticos. Si el afiliado selecciona cualquiera de los siguientes y su proveedor participante de VSP no recibe aprobación previa, puede haber un cargo extra para dicho afiliado y podrá agregarse a su elección:

- Procesos cosméticos opcionales
- Revestimiento antirreflejos
- Revestimiento de color
- Revestimiento de espejo
- Revestimiento antirayaduras
- Lentes progresivos
- Lentes cosméticas
- Lentes laminadas
- Lentes sobredimensionadas
- Lentes de policarbonato
- Lentes fotocromáticas, lentes tintadas excepto rosa nro. 1 y rosa nro. 2
- Lentes multifocales progresivas
- Lentes con protección UV (ultravioleta)
- Ciertas limitaciones en la atención a la visión deficiente

- Un armazón que cueste más que la asignación del Plan.
- Lentes de contacto (excepto en los casos indicados en el presente documento)
- Servicios y/o materiales no indicados en el Anexo de beneficios ópticos.

Experimental: Un tratamiento de carácter experimental es aquel que no se utiliza de forma universal o no está aceptado por la profesión oftalmológica, según determine el VSP.

Autorización previa: Ciertos beneficios requieren la autorización previa de VSP antes de ser 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 llamando al 1-800-877-7195.

Cómo aprovechar su Vision Service Program (programa de servicios ópticos)

Los reclamos de la red por atención oftalmológica son abonados por Vision Service Plan, Apdo. postal 254500, Sacramento, CA 95865. Sin embargo, para utilizar el Plan correctamente, Usted debe:

1. Llamar a Vision Service Plan al 1-800-877-7195 y solicitar un listado de los médicos afiliados.
2. Seleccionar un médico afiliado y concertar una cita. Dentro de los límites del Plan, deberá abonar un Copago de Plan por todos los servicios de un Proveedor Participante de VSP.

Limitaciones y exclusiones ópticas

No se proporcionarán beneficios ópticos para:

- (a) **Servicios requeridos por el empleo:** Ningún examen oftalmológico, ni ningunas lentes correctoras que sean exigidas por un empleador como condición de empleo.
- (b) **Cargos excluidos:** Cargos excluidos o limitados por el diseño del Plan como se indica en el presente documento.
- (c) **Cambios sin prescripción:** Anteojos adquiridos cuando la graduación de las lentes no ha cambiado.
- (d) **Atención no profesional:** Un examen oftalmológico realizado por un profesional que no sea un oftalmólogo u optometrista titulado.
- (e) **Lentes sin prescripción:** Lentes que no corrigen el error de refracción (lentes planas) o que no se obtienen por prescripción de un oftalmólogo, optometrista u óptico.
- (f) **Ortóptica:** Servicios o suministros relacionados con la ortóptica, el entrenamiento visual u otros procedimientos especiales.
- (g) **Queratotomía radial/LASIK/Otra intervención quirúrgica de corrección refractiva:** Cirugía para corregir un defecto refractivo.
- (h) **Sustitución:** Sustitución de lentes o armazones perdidos o rotos.
- (i) **Anteojos de sol:** Anteojos de sol o lentes fotosensibles.
- (j) **Entrenamiento:** Cargos por entrenamiento visual o medios auxiliares para la visión subnormal.
- (k) **Citas incumplidas**
- (l) **Sin obligación de pago:** Cargos incurridos por los que el Plan no tiene obligación legal de pagar.
- (m) Gafas o anteojos de seguridad.
- (n) La ortóptica o el entrenamiento visual y cualquier prueba complementaria asociada; lentes planas (con una potencia inferior a $\pm 0,50$ dioptrías); o dos pares de gafas en lugar de bifocales;
- (o) Tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos;
- (p) Tratamientos ópticos correctivos de carácter experimental;

Parte XIV, Reclamaciones de beneficios

Sección 1, Cómo presentar una reclamación de beneficios médicos, medicamentos con receta, dentales o de visión

Las Reclamaciones serán adjudicadas después de una revisión completa y justa de acuerdo con los términos de UABT y la ley aplicable por parte del Administrador del Plan, que tiene la autoridad final para administrar el Plan.

Para presentar una reclamación:

- 1) Lleve consigo su Tarjeta de Identificación de UABT al hospital, médico o dentista.
- 2) No se requiere ningún formulario especial de Reclamación de UABT. Usted o su proveedor pueden enviar cualquier formulario de Reclamación estandarizado o factura médica utilizada por la oficina del proveedor directamente al Departamento de Reclamaciones de UABT o a su Organización de Proveedores Preferidos (OPP) para su procesamiento. Las Declaraciones de Facturación aceptables incluyen cualquier formulario que incluya la fecha del servicio, el diagnóstico, el tratamiento, el nombre y fecha de nacimiento del paciente y el nombre, dirección y número de Identificación de UABT del Participante Cubierto.
- 3) Puede Optar por obtener un formulario de Reclamación de UABT de su Empleador, Representante de Servicios Local u Oficina del Fideicomiso antes de ir al hospital o médico. Si es así, debe completar su sección de este formulario de Reclamación en su totalidad, según corresponda a su Reclamo, firmar la Autorización para Divulgar Información en el formulario y dejarlo en la oficina de su proveedor para su presentación junto con su Reclamación.
- 4) El Plan de UABT no permite ni reconoce "Cesión de Beneficios", que muchos proveedores requieren como condición de pago. Si firma tal "Cesión de Beneficios", UABT considerará que esa es su autorización para enviar el pago directamente a su proveedor de Atención Médica. UABT enviará el pago directamente a su proveedor si así lo Autoriza, pero el Plan de UABT no permite ni reconoce ninguna Cesión de Reclamaciones o derechos legales de ningún proveedor de Atención Médica para emprender cualquier acción legal contra UABT.
- 5) Usted o el proveedor pueden Adjuntar cualquier factura adicional a la Reclamación si cada factura indica claramente el nombre del paciente, la fecha(s) de cada servicio, lo que se hizo en cada fecha, la tarifa por cada servicio y el diagnóstico involucrado. Las Facturas que haya pagado en su totalidad deben estar claramente Marcadas para evitar Errores de Reembolso.
- 6) Usted o el proveedor pueden necesitar Proporcionar pruebas escritas de que los gastos fueron Incurridos o de que el Beneficio está Cubierto por el Plan. Si usted o el proveedor no nos proporcionan la Documentación proporcionada, la Reclamación puede ser Denegada.
- 7) La Confirmación de Elegibilidad o Confirmación de Beneficios por parte de un proveedor no garantiza el pago de Beneficios. Todas las Reclamaciones están sujetas a las Disposiciones, Limitaciones y Exclusiones del Plan. Las Declaraciones y Representaciones Verbales no Anulan las Disposiciones del Plan.
- 8) Las Facturas de Medicamentos con Receta deben Mostrar el nombre del paciente, la Fecha de Compra, el nombre del médico que Receta y el nombre del Medicamento. Los Recibos del Registro de Caja no son Aceptables.

Sección 2, Procedimientos de reclamaciones

En el caso de Reclamaciones Posteriores al Servicio, UABT Procesará sus Reclamaciones dentro de un período de tiempo Razonable, pero no más tarde de Treinta (30) días después de recibir la Reclamación. Este período puede Extenderse hasta Quince (15) días en caso de que sea necesario obtener Información y/o Documentación Adicional para respaldar la Reclamación. Si es Necesaria tal Extensión, UABT Especificará Claramente la Información necesaria para Decidir la Reclamación y usted o su Representante tendrán al menos Cuarenta y Cinco (45) días a partir de la Recepción del Aviso para proporcionar la Información Especificada.

Sección 3, Pago de reclamaciones de salud

Se enviará un cheque o explicación de beneficios (EDB) tan pronto como sea posible después de que se haya recibido su reclamación. Si sus beneficios fueron asignados a un proveedor de servicio, se le notificará del arreglo en el momento en que se envíe el cheque del proveedor. El pago de beneficios puede retrasarse si no se recibe toda la información necesaria con la reclamación, o si la reclamación no incluye facturas detalladas. Los pagos caducan después de 180 días si no son cobrados por el Proveedor o el Participante. Un Proveedor o Participante puede solicitar que se reemita un pago caducado dentro de un (1) año desde la fecha de pago original. Solo se otorgará un (1) pago reemitido. Los pagos caducados no solicitados dentro de un (1) año desde la fecha de pago original y los pagos reemitidos no cobrados dentro de 180 días serán devueltos al Fideicomiso y no serán reemitidos.

Una "factura detallada" es aquella que incluye el nombre del paciente, cada fecha de servicio, lo que se hizo en cada fecha, el cargo por cada servicio y los diagnósticos tratados. Una facturación del tipo "saldo pendiente" o "saldo anterior" no es detallada y no se puede procesar para el pago.

Si la factura es por un medicamento(s) con receta, debe incluirse el nombre del paciente, el nombre del medicamento, el nombre del médico que recetó y la fecha de compra. Un recibo del registro de caja no es aceptable.

"La información necesaria" incluye su nombre completo como aparece en los registros de elegibilidad del Fideicomiso, su fecha de nacimiento, número de Identificación de UABT y dirección actual. Si la reclamación es para uno de sus dependientes, también se debe indicar el nombre del dependiente, fecha de nacimiento y relación con usted.

Donde el pago de beneficios se ve afectado, "la información necesaria" también puede incluir: (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 de responsabilidad de terceros; y (e) registros médicos, dentales o laborales.

Sección 4, Reclamaciones de seguro de vida y muerte/accidental o desmembramiento

La compañía de seguros que ha suscrito el Cronograma de Beneficios de Seguro de Vida del Fideicomiso paga las reclamaciones por beneficios debido a muerte o desmembramiento. Sin embargo, para evitar retrasos en el procesamiento de la reclamación, se deben seguir los siguientes pasos al presentar la reclamación para estos beneficios:

(a) El beneficiario designado o el representante del patrimonio del difunto debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de UABT (1-800-223-4590) para obtener formularios de reclamación e instrucciones para presentar la reclamación.

(b) En el momento de la solicitud, el beneficiario será informado por el Administrador del Plan de todos los documentos necesarios para completar la presentación de la reclamación.

Sección 5, Plazos para presentar reclamaciones

Es importante presentar una reclamación dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha del servicio para asegurar el pago. Si no presenta una reclamación dentro del límite de noventa (90) días, no necesariamente invalidará su reclamación si no fue razonablemente posible para usted hacerlo, siempre que se presente lo antes posible después de eso. Sin embargo, en ninguna circunstancia 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 retenido pendiente de la recepción de información adicional necesaria para procesar los cargos, se debe recibir una respuesta aceptable dentro de los ciento veinte (120) días posteriores a la solicitud por escrito, o la reclamación será denegada.

Sección 6, Procedimiento de denegación de reclamaciones para reclamaciones médicas, de medicamentos con receta, dentales o de visión

Cualquier reclamación de Beneficios bajo el Plan debe hacerse por escrito al Departamento de Reclamaciones de UABT. Si una reclamación de beneficios médicos, de medicamentos con receta, de visión o dentales se deniega total o parcialmente, el Departamento de Reclamaciones le notificará la acción que se tomará con respecto a la reclamación.

Si es necesaria una denegación, dicha denegación debe: (a) ser notificada por teléfono para procedimientos urgentes o por escrito para reclamaciones ya incurridas (b) ser por escrito, de manera que sea entendida por la persona promedio, (c) contener la razón específica de la denegación de la reclamación; (d) ser enviada dentro de los plazos prescritos 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 de UABT que implique la denegación, reducción o terminación de un beneficio... Cuando UABT tome una determinación adversa de beneficios, UABT proporcionará un aviso adecuado de la decisión.

Sección 8, Procedimientos de revisión y apelación para la denegación de medicamentos con receta

Si se deniega total o parcialmente una reclamación de medicamentos con receta, usted tiene derecho a apelar esta decisión ante la Red de Beneficios Farmacéuticos (RBF) de UABT. Este proceso de apelación consistirá en una revisión completa y exhaustiva de la denegación del medicamento.

Si no está de acuerdo con la determinación de la RBF, tiene derecho a solicitar una revisión y apelación a través de UABT.

Sección 9, Procedimientos de revisión y apelación para reclamaciones médicas, de medicamentos con receta, dentales o de visión denegadas

1) Si se deniega total o parcialmente una reclamación de beneficios 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 el aviso de denegación o limitación por parte del Comité de Apelaciones de UABT.

- 2) Una solicitud de revisión debe ser por escrito, dirigida al Comité de Apelaciones de UABT, a la atención de United Agricultural Benefit Trust Claims, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606-5105, teléfono 1(800)223.4590. Debe indicar el motivo por el cual está solicitando la revisión e incluir cualquier información adicional que pueda ayudar al Comité de Apelaciones a evaluar su reclamación.
- 3) Después de que se haya revisado la reclamación, si se revierte la denegación, la reclamación en disputa se pagará de acuerdo con las disposiciones del plan.
- 4) Después de que se haya revisado la reclamación y se haya confirmado la denegación, el Comité de Apelaciones de UABT: (1) le notificará por escrito dentro de las setenta y dos (72) horas para autorizaciones relacionadas con cuidados urgentes; quince (15) días para otras autorizaciones; y, sesenta (60) días para reclamaciones de salud posteriores. La notificación de denegación incluirá una copia de las disposiciones específicas del Plan que afectan la denegación; y (3) le informará cómo presentar una apelación ante la Junta de Fideicomisarios; le proporcionará nueva o adicional evidencia o argumentos y una oportunidad razonable para responder a ella antes de tomar una decisión final sobre la reclamación.
- 5) Si no está de acuerdo con las conclusiones alcanzadas por el Comité de Apelaciones de UABT, puede presentar una apelación por escrito o solicitar una audiencia formal ante la Junta de Fideicomisarios dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la recepción de los resultados de la revisión del Comité de Apelaciones de UABT. Una apelación por escrito debe incluir: (1) su nombre, dirección y número de identificación de 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 cuales se basa su apelación; y (5) todos los documentos y evidencia que tenga respaldando esos hechos.
- 6) Cualquier apelación debe dirigirse a la Junta de Fideicomisarios, a la atención de United Agricultural Benefit Trust, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606-5105, a la atención del Asesor Legal del Fideicomiso.
- 7) La consideración de la Junta de Fideicomisarios se basará en su declaración escrita a menos que solicite una audiencia formal. Si solicita una audiencia, se llevará a cabo en la próxima reunión programada de la Junta de Fideicomisarios en el lugar programado de la reunión, con un aviso escrito de 10 días a todas las partes. Aunque no es necesario, puede ser representado por un abogado de su elección en la audiencia.
- 8) La Junta de Fideicomisarios tiene plena autoridad discrecional para interpretar el Plan y tomar decisiones con respecto a la elegibilidad y el pago de reclamaciones. Luego, la Junta realizará una evaluación completa y justa de la apelación y basará su decisión en la información disponible en el momento de la consideración.
- 9) La Junta de Fideicomisarios, a través del Asesor Legal de UABT, enviará una decisión escrita de la apelación dentro de las setenta y dos (72) horas para autorizaciones relacionadas con cuidados urgentes (si corresponde), quince (15) días para otras autorizaciones y treinta (30) días para reclamaciones de salud después de que se haya revisado la apelación. La decisión final de los Fideicomisarios será: (1) escrita de manera que pueda ser entendida por la persona promedio; (2) incluirá el motivo o los motivos específicos de la decisión; y (3) contendrá una referencia específica a las disposiciones pertinentes del Plan en las que se basa la decisión.
- 10) Debe completar el proceso de reclamación de UABT antes de presentar una acción judicial impugnando la denegación de una reclamación (se deben agotar todos los recursos administrativos). Cualquier impugnación judicial de una denegación de reclamación debe ser presentada por el paciente. El cesionario de beneficios no es elegible para iniciar una impugnación judicial de la reclamación denegada.

Sección 10, Revisión independiente

Si su apelación ante la Junta de Fideicomisarios implicó un problema de juicio médico o rescisión de cobertura (y usted no es un participante en un "Plan de Beneficios Con Derechos Adquiridos") y la Junta de Fideicomisarios confirmó la denegación de beneficios, tiene derecho a solicitar una revisión externa de su reclamación dentro de los ciento veinte (120) días posteriores a la fecha de recepción del aviso de denegación de beneficios del Fideicomisario. Al recibir su solicitud de revisión externa, UABT debe completar una revisión preliminar de su solicitud dentro de los cinco (5) días hábiles para determinar si (a) estaba cubierto por UABT cuando se proporcionó su tratamiento; (b) la denegación de beneficios no estaba relacionada con su elegibilidad para beneficios; (c) ha agotado el proceso de apelaciones internas de UABT (a menos que no esté obligado a hacerlo según las regulaciones de apelación); y (d) ha proporcionado toda la información y formularios necesarios para procesar la revisión externa. UABT luego enviará la apelación a una organización de revisión independiente acreditada (ORI) para realizar la revisión externa junto con los documentos y cualquier información considerada en la denegación de beneficios. La ORI revisará la reclamación "de nuevo", lo que significa que comenzará desde el principio y no estará obligada por ninguna decisión o conclusión alcanzada en el proceso de reclamaciones y apelaciones internas de UABT.

1) Dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la recepción de la solicitud de revisión externa por parte de la ORI, esta debe proporcionar un aviso por escrito de la decisión final de revisión. Este aviso se entrega tanto a usted como a UABT. Contendrá (a) una descripción general del motivo de la solicitud externa; (b) la fecha en que la ORI recibió la asignación para llevar a cabo la revisión y la fecha de la decisión de la ORI; (c) referencia a la evidencia o documentación considerada para llegar a la decisión; (d) discusión del motivo principal o principales de la decisión de la ORI; (e) declaración de que puede estar disponible una revisión judicial para usted; y (f) el número de teléfono de cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros de salud.

2) Si la decisión de la ORI es revertir la denegación de beneficios del plan, el plan debe proporcionar inmediatamente cobertura o pago de la reclamación.

Sección 11, Procedimiento de apelación para beneficios de seguro de vida

Sus beneficios de seguro de vida son manejados por separado por un asegurador de vida independiente. Sin embargo, para apelar una denegación de beneficios de seguro de vida, debe dirigir cualquier apelación escrita como se describe anteriormente para reclamaciones médicas. Su apelación será luego enviada al asegurador correspondiente y se responderá de manera similar a la descrita para la revisión de reclamaciones médicas.

Sección 12, información de reclamación y servicio

Si requiere de ayuda bilingüe para presentar una reclamación o para información de beneficios, llame o escriba a *Departamento de Servicios para Miembros de UABT, 54 Corporate Park, Irvine California 92606-5105, (949) 975.1424, (800) 223.4590, Fax (949) 892.1120.*

Sección 13, Nombramiento de representante autorizado

Puede designar a otra persona como representante autorizado y actuar en su nombre y comunicarse con el Plan con respecto a una reclamación específica de beneficios o apelación de una denegación. Esta autorización debe estar por escrito, firmada y fechada por usted e incluir toda la información requerida en el formulario de representante autorizado. El formulario adecuado se puede obtener del Administrador del Plan.

El Plan permitirá, en una situación médicamente urgente, como una reclamación que involucre Atención de Urgencia, que el profesional de atención médica tratante del Solicitante actúe como representante autorizado del Solicitante sin completar el formulario de representante autorizado.

Si un Solicitante designa a un representante autorizado, todas las comunicaciones futuras del Plan se realizarán con el representante autorizado en lugar del Solicitante, a menos que el Administrador del Plan sea notificado de lo contrario por escrito por el Solicitante. Un Solicitante puede revocar al representante autorizado en cualquier momento. Un Solicitante puede autorizar a una sola persona como representante autorizado a la vez.

El reconocimiento como representante autorizado es independiente de que un Proveedor acepte una cesión de beneficios, requiriendo una liberación de información o solicitando la cumplimentación de un formulario similar. Una cesión de beneficios por parte de un Solicitante no será reconocida como una designación del Proveedor como representante autorizado para procedimientos legales y otros asuntos similares. La cesión y sus limitaciones bajo este Plan se describen a continuación.

Sección 14, Pago de beneficios

Cuando los pagos de beneficios sean permitidos de acuerdo con los términos de UABT, el pago se realizará en dólares estadounidenses (a menos que el Administrador del Plan acuerde lo contrario). El pago se realizará, a discreción del Administrador del Plan, a un cesionario de una cesión de beneficios, pero en cualquier caso alternativo también se puede realizar al Solicitante, en cuyo nombre se realiza el pago y quien es el receptor de los servicios para los cuales se está realizando el pago. Si el Solicitante fallece, el pago se realizará al heredero, cesionario, agente o patrimonio del Solicitante (de acuerdo con instrucciones por escrito), o, si no hay tal arreglo y a discreción del Administrador del Plan, al instituto y/o Proveedor que proporcionó la atención y/o suministros para los cuales se debe realizar el pago, independientemente de si ocurrió una cesión de beneficios.

Un proveedor médico que acepta la Cesión de Beneficios lo hace como contraprestación completa por los servicios prestados y está sujeto a las reglas y disposiciones establecidas en los términos de este documento. (Una cesión de beneficios no permite al proveedor presentar una acción legal contra el Fideicomiso; cualquier acción legal debe ser presentada por el participante).

Sección 15, Recuperación de pagos

Ocasionalmente, se pagan beneficios más de una vez, se pagan basados en facturación incorrecta o en una declaración incorrecta en una prueba de pérdida o información de inscripción, no se pagan de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones o exclusiones del Plan, o de otra manera no deberían haber sido pagados por el Plan. Como tal, este Plan puede pagar beneficios que luego se encuentren ser mayores que el Cargo Máximo Permitido. En este caso, este Plan puede recuperar el monto del exceso de pago de la fuente a la que se pagó, los pagadores primarios o

de la parte en cuyo nombre se pagaron el(los) cargo(s). Como tal, cada vez que el Plan pague beneficios que excedan el monto de los beneficios pagaderos bajo los términos del Plan, el Administrador del Plan tiene el derecho de recuperar dicho pago erróneo directamente de la persona o entidad que recibió dicho pago y/o de otros pagadores y/o el Solicitante o Dependiente en cuyo nombre se realizó dicho pago.

Un Solicitante, Dependiente, Proveedor, otro plan de beneficios, asegurador, u cualquier otra persona o entidad que reciba un pago que exceda el monto de los beneficios pagaderos bajo los términos del Plan o en cuyo nombre se realizó dicho pago, deberá devolver o reembolsar el monto de dicho pago erróneo al Plan dentro de los 30 días de descubrimiento o demanda. El Administrador del Plan no tendrá ninguna obligación de asegurar el pago para el gasto para el cual se realizó el pago erróneo o al cual se aplicó.

La persona o entidad que reciba un pago erróneo no podrá aplicar dicho pago a otro gasto. El Administrador del Plan tendrá la única discreción para elegir quién reembolsará al Plan por un pago erróneo y si dicho pago se reembolsará en una suma global. Cuando un Solicitante u otra entidad no cumpla con las disposiciones de esta sección, el Administrador del Plan tendrá la autoridad, a su sola discreción, de negar el pago de cualquier reclamación de beneficios por el Solicitante y de negar o reducir los beneficios futuros pagaderos (incluido el pago de beneficios futuros para otras Lesiones o Enfermedades) bajo el Plan por el monto debido como reembolso al Plan. El Administrador del Plan también podrá, a su sola discreción, negar o reducir los beneficios futuros (incluidos los beneficios futuros para otras Lesiones o Enfermedades) bajo cualquier otro plan de beneficios grupales mantenido por el Patrocinador del Plan. Las reducciones serán iguales al monto del reembolso requerido.

Los Proveedores y cualquier otra persona o entidad que acepte el pago del Plan o a quien se haya asignado un derecho a beneficios, en consideración de los servicios prestados, pagos y/o derechos, aceptan estar obligados por los términos de este Plan y aceptan presentar reclamaciones para reembolso estrictamente de acuerdo con las leyes de práctica de atención médica de su Estado, estándares de CIE o CPT, directrices de Medicare, estándares del Sistema Común de Codificación de Procedimientos de Salud, u otros estándares aprobados por el Administrador del Plan o asegurador. Cualquier pago realizado en reclamaciones de reembolso que no estén de acuerdo con las disposiciones anteriores deberá ser reembolsado al Plan dentro de los 30 días de descubrimiento o demanda o incurrir en un interés prejudicial del 1.5% por mes. Si el Plan debe entablar una acción contra un Solicitante, Proveedor u otra persona o entidad para hacer cumplir las disposiciones de esta sección, entonces ese Solicitante, Proveedor u otra persona o entidad acepta pagar las tarifas de abogados y costos del Plan, independientemente del resultado de la acción.

Además, los Solicitantes y/o sus Dependientes, beneficiarios, herederos, guardianes, representantes personales o cesionarios (Solicitantes) deberán asignar o se considerará que han asignado al Plan su derecho a recuperar dichos pagos realizados por el Plan, de cualquier otra parte y/o recuperación para la cual los Solicitantes tienen derecho, por o en relación con condiciones adquiridas en la instalación, errores del Proveedor o daños derivados de un acto u omisión de otra parte por el cual el Plan aún no haya sido reembolsado.

El Plan se reserva el derecho de deducir de cualquier beneficio correctamente pagadero bajo este Plan el monto de cualquier pago que se haya hecho por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- 1) Por error.
- 2) De conformidad con una declaración incorrecta contenida en una prueba de pérdida o un acto fraudulento.
- 3) De conformidad con una declaración incorrecta hecha para obtener cobertura bajo este Plan dentro de los dos años posteriores a la fecha en que comienza dicha cobertura.
- 4) Con respecto a una persona no elegible.
- 5) En anticipación de obtener un reembolso si un Solicitante no cumple con las disposiciones de Recuperación de Terceros, Subrogación y Reembolso del Plan.
- 6) De conformidad con una reclamación por la cual los beneficios son recuperables bajo cualquier póliza o ley que proporcione cobertura para lesiones o enfermedades ocupacionales en la medida en que tales beneficios sean recuperados. Esta disposición (6) no se considerará que requiere que el Plan pague beneficios bajo este Plan en tales casos.

La deducción puede realizarse contra cualquier reclamación de beneficios bajo este Plan por un Solicitante o por cualquiera de sus Dependientes cubiertos si dicho pago se realiza con respecto al Solicitante o cualquier persona cubierta o que afirme estar cubierta como Dependiente del Solicitante.

Si el Plan busca recuperar fondos de un Proveedor, debido a una reclamación realizada por error, una reclamación fraudulenta por parte del Proveedor y/o la reclamación que es el resultado del error del Proveedor, dicho Proveedor deberá, como parte de su cesión a beneficios del Plan, abstenerse de facturar al Solicitante por cualquier monto pendiente.

Parte XV, Información de Ley sobre Seguros de Empleo y Jubilación (ERISA) y declaración de derechos

La siguiente información se proporciona de acuerdo con la Ley sobre Seguros de Empleo y Jubilación de 1974 (ERISA, 29 Código Federal 1001 y siguientes) y describe sus derechos de presentación de reclamaciones, responsabilidades y proceso de apelación de reclamaciones denegadas.

Sección 1, Nombre y tipo de administración del plan

El Plan es conocido como el "United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust", "United Agricultural Benefit Trust" o "UABT", y es administrado por una Junta de Síndicos (que son participantes del Plan y elegidos por los empleadores participantes) establecida bajo las disposiciones del Acuerdo de Fideicomiso del United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust.

Sección 2, Patrocinador del plan

The United Agribusiness League creó el Plan y el Fideicomiso. Usted y sus dependientes elegibles pueden recibir, previa solicitud por escrito, información sobre si un empleador o una organización de empleadores en particular es un participante del Plan y, de ser así, su dirección.

Sección 3, Nombre y dirección del fiduciario

El Fiduciario Institucional a cargo de los activos de UABT es el Bank of America. El Fiduciario Institucional puede ser contactado en Bank of America, 231 South LaSalle Street, Chicago, IL 60697.

Sección 4, Nombre y dirección del administrador del plan

The United Agribusiness League (UnitedAg o UAL) es el Administrador del Plan para el United Agriculture Benefit Trust. El Administrador del Plan puede ser contactado en United Agribusiness League, 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

UAL es responsable de informar sobre esta 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

The United Agribusiness League (UnitedAg o UAL) es el Administrador de Beneficios para el United Agriculture Benefit Trust; sin embargo, la Junta de Síndicos de UABT retiene la autoridad final de apelación para las apelaciones de determinaciones de beneficios adversas. El Administrador de Beneficios puede ser contactado en United Agribusiness League, 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

Sección 6, Servicio de proceso legal

UABT es una entidad legal. El aviso legal se puede presentar y el proceso legal se puede servir al Administrador del Plan. El proceso legal para el United Agriculture Benefit Trust puede ser servido a United Agribusiness League ubicada en 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

Sección 7, Fuente de financiamiento del plan

UABT está financiado por las contribuciones realizadas al Fideicomiso por los empleadores participantes y, si es necesario, contribuciones de individuos cubiertos. Los beneficios se pagan directamente desde los Fondos del Fideicomiso.

Sección 8, Nombre y dirección del portador de seguro de pérdida de alto riesgo

La Junta de Síndicos ha contratado con Great Midwest Insurance Co., conocida como el portador de seguro de pérdida de alto riesgo, para proporcionar seguro de pérdida de alto riesgo específico y agregado a UABT. El portador de seguro de pérdida de alto riesgo puede ser contactado en Great Midwest Insurance Co., 800 Gessner, Houston, TX 77024.

Sección 9, Nombre y dirección de las organizaciones de mantenimiento de la salud

La Junta de Síndicos ha contratado con varias organizaciones de mantenimiento de la salud para servicios médicos para los participantes de UABT que han elegido cobertura a través de planes de atención administrada independientes. Las organizaciones de mantenimiento de la salud (OMS) se pueden contactar de la siguiente manera:

Plan de Servicio de Visión, 3333 Quality Drive, Rancho Cordova, CA 95670.

Sección 10, Nombre y dirección del portador de seguro de vida a término grupal

La Junta de Síndicos ha contratado con UNUM, conocida como el portador de seguro de vida a término grupal, para proporcionar seguro de vida a término grupal a UABT. El portador de seguro de vida puede ser contactado en UNUM, 1 Fountain Square, Chattanooga, TN, 37402.

Sección 11, Año fiscal del plan

El fin del año fiscal del United Agriculture Benefit Trust es el 31 de diciembre.

Sección 12, Número de identificación del Servicio de Impuestos Internos

El número de identificación fiscal asignado a United Agriculture Benefit Trust es 33-0013118.

Sección 13, Enmiendas al plan

La Junta de Síndicos de UABT tiene la autoridad para enmendar o terminar el plan de vez en cuando según lo considere necesario.

Sección 14, Número del plan

El número de plan del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos para United Agriculture Benefit Trust es el Plan No. 501

Sección 15, Activos del fondo

Los activos y reservas del Plan pueden invertirse en cuentas de ahorro, certificados de depósito, otros equivalentes de efectivo, títulos del Tesoro, bonos, acciones y bienes raíces en cumplimiento con el Artículo 4.7 del Código de Seguros de California.

Sección 16, Ciertos derechos bajo ERISA

Como participante en el UABT, usted tiene ciertos derechos y protecciones bajo la Ley sobre Seguros de Empleo y Jubilación de 1974 (ERISA, 29 Código Federal 1001 y siguientes). ERISA especifica que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

- a) Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan copias del último informe anual (Serie de Formularios 5500) presentado por UABT ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponibles en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.
- b) Obtener, previa solicitud escrita al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, copias del último informe anual (Serie de Formularios 5500) y una descripción resumida actualizada del plan. El Administrador del Plan puede establecer un cargo razonable por las copias.
- c) Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. Por ley, el Administrador del Plan debe proporcionar a cada participante una copia de este Informe Anual Resumido.
- d) Continuar la cobertura de atención médica para el Empleado y los Dependientes elegibles si hay una pérdida de cobertura bajo UABT como resultado de un Evento Calificable. Usted y/o su(s) dependiente(s) elegible(s) pueden tener que pagar por dicha cobertura. Revise este SPD y los documentos que rigen el Plan sobre las reglas que rigen los derechos de Cobertura Continuada de la Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (COBRA) del Participante.

Además de crear derechos para los Participantes del Plan, el ERISA impone obligaciones a las personas responsables de las operaciones del Plan. Las personas que operan el Plan, llamadas "fiduciarios" del Plan, tienen el deber de operar el Plan con prudencia y en interés de los participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluido su empleador u otra persona, puede despedir a un empleado participante o discriminarlo de alguna manera para evitar que el empleado obtenga un beneficio bajo el Plan o ejerza sus derechos bajo el ERISA.

Si su reclamo por un beneficio es negado, ya sea en su totalidad o en parte, debe recibir una explicación escrita del motivo de la denegación. Usted tiene derecho a que el Plan revise y reconsidere su reclamo (Consulte la Parte XV, Sección 16). Bajo el ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer valer los derechos mencionados anteriormente. Por ejemplo, si solicita materiales del Plan y no los recibe dentro de los treinta (30) días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el Administrador del Plan proporcione los materiales y le pague hasta \$110 al día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a razones fuera del control del Administrador del Plan.

En caso de que los fiduciarios del Plan hagan un mal uso del dinero del Plan, o si un participante es discriminado por ejercer sus derechos, puede buscar ayuda del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y 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 encuentra que la reclamación o demanda es frívola.

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo el ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos que se encuentra en su directorio telefónico; Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Oficina Regional de Los Ángeles, 1055 East Colorado Blvd., Suite 200, Pasadena, California 91101, (626) 229.1000; o la División de Asistencia Técnica e Investigaciones, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

Sección 17, Ciertos derechos a través del Departamento de Seguros de California

Si cree que todo o parte del reclamo ha sido negado o rechazado de manera injusta además de sus derechos para apelar las negaciones de beneficios a 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 (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico) y Aviso de prácticas de privacidad

Sección 1, Compromiso de protección de la información de salud

UABT cumplirá con los Estándares de Privacidad de la Información de Salud Identificable Individualmente (es decir, la "Regla de Privacidad") establecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. ("SSH") de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"). Dichos estándares controlan la divulgación de la "información de salud protegida" ("ISP") de los Participantes. Los Estándares de Privacidad se han implementado y aplicado en las oficinas de los Fideicomisarios, el Administrador del Plan y cualquier otra entidad que pueda ayudar en la operación del Plan.

UABT cree que todos los pacientes mayores de quince (15) años tienen derecho a la privacidad con respecto a su atención médica. Sin embargo, la Explicación de Beneficios seguirá siendo enviada al miembro hasta que el dependiente tenga dieciocho (18) años o sea un menor emancipado, a menos que el paciente solicite lo contrario por escrito a UABT. Además, los pacientes de doce (12) años en adelante que reciban servicios sensibles según la ley de California pueden solicitar que la explicación de beneficios y las comunicaciones se envíen al paciente de manera confidencial a un lugar designado por el paciente. Para obtener más información, consulte las Secciones 56.107, 56010 y 56.11 del Código Civil de California, la Sección 121020, 123110 (a) y 123115 (a) del Código de Salud y Seguridad de California y las Secciones 6924, 6925, 6926, 6927 y 6928 del Código Familiar de California.

UABT está obligado por ley a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de su ISP y la de sus dependientes, e informarle sobre:

- 1) Las divulgaciones y usos de ISP del Plan.
- 2) Los derechos de privacidad del Participante con respecto a su ISP.
- 3) Los deberes del Plan con respecto a su ISP.
- 4) El derecho del Participante a presentar una queja con el Plan y con el secretario de SSH.
- 5) La persona u oficina a la que contactar para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan.

UABT proporciona a cada Participante un Aviso de Prácticas de Privacidad por separado. Este Aviso describe cómo el Plan utiliza y divulga su información de salud personal. También describe ciertos derechos que tiene con respecto a esta información. Copias adicionales del Aviso de Prácticas de Privacidad de UABT están disponibles llamando al (800) 223.4590.

Dentro de esta disposición, se pueden usar términos en mayúsculas, pero no definidos de otra manera. Estos términos tendrán el mismo significado que aquellos términos establecidos en las Secciones 160.103 y 164.501 del Título 45 del Código de Reglamento Federal. Cualquier modificación a las regulaciones de HIPAA que altere un término de HIPAA definido o una citación reglamentaria se considerará incorporada a esta disposición.

Sección 2, Definiciones

- 1) Incumplimiento significa una adquisición no autorizada, acceso, uso o divulgación de Información de Salud Protegida ("ISP") o Información de Salud Protegida Electrónica ("e-ISP") que viola la Regla de Privacidad de HIPAA y que compromete la seguridad o privacidad de la información.
- 2) Información de Salud Protegida ("ISP") significa información de salud identificable individualmente, según lo definido por HIPAA, que es creada o recibida por UABT y que se relaciona con la salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo; la provisión de atención médica a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la provisión de atención médica a un individuo; y que identifica al individuo o para la cual hay una base razonable para creer que la información se puede usar para identificar al individuo. ISP incluye información de personas vivas o fallecidas.

Sección 3, Cómo se puede usar y divulgar la información de salud

En general, las Reglas de Privacidad permiten a UABT usar y divulgar, en la cantidad mínima necesaria, la ISP de un individuo, sin obtener autorización, solo si el uso o divulgación es para cualquiera de lo siguiente:

- 1) Para llevar a cabo el pago de beneficios.
- 2) Si el uso o divulgación se encuentra dentro de una de las circunstancias limitadas descritas en las reglas (por ejemplo, la divulgación es requerida por ley o para actividades de salud pública).

Sección 4, Usos y divulgaciones primarias de la ISP

Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica: UABT tiene derecho a usar y divulgar la ISP de un Participante para todas las actividades incluidas dentro de las definiciones de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica y de acuerdo con la Regla de Privacidad de HIPAA.

Asociados Comerciales: UABT contrata a individuos y entidades (Asociados Comerciales) para realizar diversas funciones en su nombre. En el desempeño de estas funciones o para proporcionar servicios, los Asociados Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán o divulgarán ISP, pero solo después de que el Plan y el Asociado Comercial acuerden por escrito términos contractuales que requieran que el Asociado Comercial proteja adecuadamente la información del Participante.

Otras Entidades Cubiertas: El Plan también puede divulgar o compartir ISP con otras aseguradoras (como Medicare, etc.) para coordinar beneficios, si un Participante tiene cobertura a través de otra aseguradora.

Sección 5, Divulgación de la información de salud protegida al patrocinador del plan con fines de administración del plan

Para que UABT pueda recibir y usar la Información de Salud Protegida (ISP) con fines de administración del plan, UABT y el Administrador del Plan acuerdan:

- 1) No utilizar ni divulgar ISP más allá de lo permitido o requerido por los documentos del Plan o según lo exija la ley (según se define en los Estándares de Privacidad).
- 2) Asegurarse de que cualquier agente, incluido un subcontratista, a quien el Administrador del Plan proporcione ISP recibidos del Plan, acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a dicha ISP.
- 3) Mantener la confidencialidad de toda la ISP, a menos que un individuo dé un consentimiento o autorización específicos para divulgar dichos datos o a menos que los datos se utilicen para el pago de atención médica o las operaciones del Plan.
- 4) Recibir ISP, en ausencia de una autorización expresa del individuo, solo para llevar a cabo funciones de administración del Plan. No utilizar ni divulgar información genética con fines de suscripción.
- 5) Informar al Administrador del Plan sobre cualquier uso o divulgación de ISP que sea inconsistente con los usos o divulgaciones previstos de los cuales el Patrocinador del Plan tenga conocimiento.
- 6) Poner a disposición ISP de acuerdo con la sección 164.524 de los Estándares de Privacidad (45 Código de Reglamento Federal 164.524).
- 7) Poner a disposición ISP para enmienda e incorporar cualquier enmienda a la ISP de acuerdo con la sección 164.526 de los Estándares de Privacidad (45 Código de Reglamento Federal 164.526).
- 8) Poner a disposición de la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. ("SSH"), o de cualquier otro funcionario o empleado de SSH a quien se haya delegado la autoridad, sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y divulgación de ISP recibidos del Plan, con el fin de determinar el cumplimiento del Plan con la parte 164, subparte E, de los Estándares de Privacidad (45 Código de Reglamento Federal 164.500 y siguientes).
- 9) Si es factible, devolver o destruir toda la ISP recibida del Plan que el Administrador del Plan aún mantenga en cualquier forma y no conservar copias de dicha ISP cuando ya no sea necesaria para el propósito para el cual se realizó la divulgación, excepto que, si dicha devolución o destrucción no es factible, limitar los usos y divulgaciones adicionales a aquellos propósitos que hagan que la devolución o destrucción de la ISP sea impracticable.

El Plan puede optar por no tratar a la persona como el representante personal del Participante si tiene motivos razonables para creer que el Participante ha sido o puede ser objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de esa persona, no es lo mejor para el interés del Participante tratar a la persona como su representante personal, o tratar a esa persona como su representante personal podría poner en peligro al Participante.

Divulgaciones a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.: El Plan está obligado a divulgar la ISP del Participante a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. cuando la Secretaría esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con la Regla de Privacidad de HIPAA.

Sección 6, Derechos del participante

El Participante tiene los siguientes derechos con respecto a la ISP sobre él/ella:

- 1) **Solicitud de Restricciones:** El Participante tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación de la ISP para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El Participante puede solicitar que el Plan restrinja las divulgaciones a familiares, parientes, amigos u otras personas identificadas por él/ella que estén involucradas en su cuidado o pago por su cuidado. El Plan no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas.
- 2) **Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales:** El Participante tiene derecho a solicitar que reciba comunicaciones sobre la ISP de una manera determinada o en un lugar determinado. La solicitud debe hacerse por escrito y especificar cómo desea ser contactado el Participante. El Plan atenderá todas las solicitudes razonables.

- 3) Derecho a Recibir Aviso de Prácticas de Privacidad: El Participante tiene derecho a recibir una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad del plan en cualquier momento. Para obtener una copia impresa, contacte al Oficial de Privacidad.
- 4) Registro de Divulgaciones: El Participante tiene derecho a solicitar un registro de las divulgaciones que el Plan haya hecho de su ISP. La solicitud debe hacerse por escrito y no se aplica a divulgaciones para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertos otros fines. El Participante tiene derecho a dicho registro durante los seis años anteriores a su solicitud. Excepto según se indica a continuación, para cada divulgación, el registro incluirá:
(a) la fecha de la divulgación, (b) el nombre de la entidad o persona que recibió la ISP y, si se conoce, la dirección de dicha entidad o persona; (c) una descripción de la ISP divulgada, (d) una declaración del propósito de la divulgación que informe razonablemente al Participante sobre la base de la divulgación, y cierta otra información. Si el Participante desea hacer una solicitud, por favor contacte al Oficial de Privacidad.
- 5) Acceso: El Participante tiene derecho a solicitar la oportunidad de ver u obtener copias de la ISP mantenida por el Plan sobre él/ella 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 ISP, o que se envíe una copia de su ISP directamente a otra persona designada, debe contactar al Oficial de Privacidad. Una solicitud para transmitir la ISP directamente a otra persona designada debe ser por escrito, firmada por el Participante y el destinatario debe estar claramente identificado. El Plan debe responder a la solicitud del Participante dentro de los 30 días (en algunos casos, el Plan puede solicitar una extensión de 30 días). En circunstancias muy limitadas, el Plan puede denegar la solicitud del Participante. Si el Plan niega la solicitud, el Participante puede tener derecho a una revisión de esa denegación.
- 6) Enmienda: El Participante tiene derecho a solicitar que el Plan cambie o enmiende su ISP. El Plan se reserva el derecho de requerir que esta solicitud sea por escrito. Envíe la solicitud al Oficial de Privacidad. El Plan puede denegar la solicitud del Participante en ciertos casos, incluido si no está por escrito o si no proporciona un motivo para la solicitud.
- 7) Otros usos y divulgaciones no descritos en esta sección solo pueden hacerse con autorización del Participante. El Participante puede revocar esta autorización en cualquier momento.

Sección 7, Preguntas o quejas

Si el Participante desea obtener 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, comuníquese 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 al Plan. El Plan proporcionará al Participante la dirección para presentar su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. previa solicitud.

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..

Consejero 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 HIPAA:

Alex Chee

Executive Vicepresidente Ejecutivo y Director Financiero

UnitedAg

54 Corporate Park

Irvine, CA 92606.5105

Teléfono: (800) 223.4590

Fax: 1(949) 608.9667

achee@unitedag.org

Parte XVII HIPAA Seguridad

Sección 1, Divulgación de información de salud protegida electrónica ("e-ISP") al patrocinador del plan para funciones de administración del plan

ESTÁNDARES PARA LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE INDIVIDUALMENTE ("REGLA DE SEGURIDAD")

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y otras leyes aplicables prevalecerán sobre lo siguiente en caso de conflicto, o cuando un término o términos no esté/n definido/s aquí.

La Regla de Seguridad impone regulaciones para mantener la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información de salud protegida que crea, recibe, mantiene o mantiene electrónicamente en formato electrónico (e-ISP) como se requiere según HIPAA.

Sección 2, Definiciones

Información de Salud Protegida Electrónica (e-ISP), como se define en la Sección 160.103 de los Estándares de Seguridad (45 Código de Reglamento Federal 160.103), significa información de salud individualmente identificable transmitida o mantenida en cualquier medio electrónico.

Incidentes de Seguridad, como se define en la Sección 164.304 de los Estándares de Seguridad (45 Código de Reglamento Federal 164.304), significa el acceso no autorizado, exitoso o intentado, uso, divulgación, modificación o destrucción de información o interferencia con la operación de sistemas en un sistema de información.

Sección 3, Obligaciones de UABT

Para permitir que UABT reciba y utilice la ISP Electrónica para Funciones de Administración del Plan (según se define en 45 Código de Reglamento Federal §164.504(a)), UABT acuerda:

- 1) Implementar salvaguardias administrativas, físicas y técnicas que protejan razonable y adecuadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la ISP Electrónica que crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del Plan.
- 2) Asegurar que cualquier agente, incluido un subcontratista, a quien UABT proporcione ISP Electrónica creada, recibida, mantenida o transmitida en nombre del Plan, acepte implementar salvaguardias administrativas, físicas y técnicas razonables y adecuadas para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la ISP Electrónica e informar al Plan sobre cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento.
- 3) Informar a UABT sobre cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento.
- 4) Establecer salvaguardias para la información, incluidos sistemas de seguridad para el procesamiento y almacenamiento de datos.
- 5) No utilizar ni divulgar ISP 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 mediante una autorización que cumpla con los requisitos de los Estándares de Privacidad.
- 6) Asegurar que se establezca una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan, como se requiere en la sección 164.504(f)(2)(iii) de los Estándares de Privacidad (45 Código de Reglamento Federal 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 ISP que se divulgará:
 - (i) Oficial de Privacidad, Asesor Legal
 - (ii) Contacto de Privacidad, Vicepresidente Ejecutivo y Director Financiero
 - (iii) Oficial de Seguridad, Chana Hauben, Vicepresidente de Recursos Humanos
 - (iv) Departamento de Reclamaciones
 - (v) Departamento de Servicios para Miembros
 - (vi) Departamento de Servicios al Cliente
 - (vii) Departamento de Tecnología de la Información.
 - (b) El acceso y uso de la ISP por parte de las personas identificadas anteriormente estará restringido a las funciones de administración del plan que UABT y el Administrador del Plan realizan.

Sección 4, Divulgación de cierta información de inscripción al patrocinador del plan

De conformidad con la sección 164.504(f)(1)(iii) de los Estándares de Privacidad (45 Código de Reglamento Federal 164.504(f)(1)(iii)), UABT puede divulgar al patrocinador del plan información sobre si un individuo está participando en el Plan o está inscrito o se ha dado de baja de los beneficios ofrecidos por el Plan al Patrocinador del Plan.

Sección 5, Divulgación de ISP para obtener cobertura de pérdida por alto riesgo o exceso

El Patrocinador del Plan puede autorizar y dirigir al Plan, a través del Administrador del Plan o del Administrador de Terceros, a divulgar ISP a aseguradoras de riesgo de alto riesgo, aseguradoras de exceso o agentes generales de suscripción ("AGS") para fines de suscripción y otros fines con el fin de obtener y mantener cobertura de pérdida por alto riesgo o exceso relacionada con reclamaciones de beneficios bajo el Plan. Tales divulgaciones se realizarán de acuerdo con los Estándares de Privacidad.

Sección 6, Resolución de incumplimientos

En caso de que algún individuo autorizado del personal del Empleador utilice o divulgue Información de Salud Protegida de manera no autorizada según los Estándares de Privacidad, el incidente se informará al Oficial de Privacidad. El Oficial de Privacidad tomará las medidas apropiadas, que incluyen:

- 1) Investigación del incidente para determinar si ocurrió la infracción inadvertidamente, por negligencia o deliberadamente; si hay un patrón de infracciones; y el grado de daño causado por la infracción.
- 2) Aplicación de sanciones apropiadas contra las personas que causaron la infracción, que, dependiendo de la naturaleza de la infracción, pueden incluir una reprimenda oral o escrita, capacitación adicional o terminación del empleo.
- 3) Mitigación de cualquier daño causado por la infracción, en la medida de lo posible.
- 4) Documentación del incidente y todas las acciones tomadas para resolver el problema y mitigar cualquier daño.
- 5) Capacitación a los empleados en los requisitos de protección de la privacidad y designación de un Oficial de Privacidad responsable de dichas protecciones.
- 6) Divulgación de la ISP del Participante al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. cuando el secretario esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con la Regla de Privacidad de HIPAA.

Parte XVIII, Leyes federales

Sección 1, Ley de discriminación por embarazo

Cualquier beneficio de salud proporcionado por el Fideicomiso debe cubrir los gastos relacionados con condiciones relacionadas con el embarazo en la misma base que los costos para otras condiciones médicas. No se requieren beneficios de salud para gastos derivados de abortos excepto cuando la vida de la madre esté en peligro. Los gastos relacionados con el embarazo serán reembolsados exactamente igual que aquellos incurridos para otras condiciones médicas, ya sea que el pago sea en una base fija o en una base de un porcentaje de la tarifa razonable y habitual.

Sección 2, Ley contra la discriminación por información genética ("GINA")

"GINA" prohíbe a los planes de salud grupales discriminar sobre la base de información genética

El término "información genética" significa, con respecto a cualquier individuo, información sobre cualquiera de lo siguiente:

- 1) Pruebas genéticas del individuo.
- 2) Pruebas genéticas de miembros familiares del individuo.
- 3) La manifestación de una enfermedad o trastorno en miembros familiares del individuo.

El término "información genética" incluye la participación en investigación clínica que implica servicios genéticos. Las pruebas genéticas incluirían análisis de ADN humano, ARN, cromosomas, proteínas o metabolitos que detectan genotipos, mutaciones o cambios cromosómicos. La información genética es una forma de Información de Salud Protegida (ISP) según lo definido y de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y está sujeta a los Estándares de Privacidad y Seguridad aplicables.

Los miembros de la familia en lo que respecta a GINA incluyen dependientes, además de todos los parientes hasta el cuarto grado, sin importar si están relacionados por sangre, matrimonio o adopción. La evaluación de riesgos en lo que respecta a GINA incluye cualquier regla para determinar la elegibilidad, calcular primas o contribuciones y aplicar limitaciones por condiciones preexistentes. Ofrecer primas reducidas u otras recompensas por proporcionar información genética sería una evaluación de riesgos inadmisibles.

GINA no prohibirá a un Proveedor de atención médica que esté tratando a un individuo solicitar que el paciente se someta a pruebas genéticas. Las reglas permiten que el Plan obtenga los resultados de las pruebas genéticas y los utilice para determinar los pagos de reclamos cuando sea necesario hacerlo para determinar si el tratamiento proporcionado al paciente fue médicamente aconsejable y/o necesario.

UABT puede solicitar, pero no requerir, pruebas genéticas en ciertas circunstancias muy limitadas relacionadas con la investigación, siempre que los resultados no se utilicen para la evaluación de riesgos, y luego solo con aviso por escrito al individuo de que la participación es voluntaria y no afectará la elegibilidad para beneficios o contribuciones. Además, el Plan notificará y describirá sus actividades al secretario de Salud y Servicios Humanos que caigan dentro de esta excepción.

UABT puede recopilar información genética después de la inscripción inicial, pero no puede hacerlo en conexión con ningún proceso de renovación anual donde la recopilación de información afecte la inscripción posterior. El Plan no ajustará ni aumentará las contribuciones grupales basadas en información genética, solicitará o requerirá pruebas genéticas ni recopilará información genética antes o en conexión con la inscripción o con fines de evaluación de riesgos.

Sección 3, Ley de Licencia Médica Familiar

Si un Empleado cubierto cesa el empleo activo debido a una Licencia Médica Familiar aprobada por el Empleador, la disponibilidad de cobertura continuará bajo los mismos términos y condiciones que habrían aplicado si el Empleado hubiera continuado en empleo activo. Las contribuciones permanecerán en los mismos niveles Empleador/Empleado que estaban vigentes en la fecha inmediatamente anterior a la licencia (a menos que los niveles de contribución cambien para otros Empleados en las mismas clasificaciones).

Sección 4, Ley de Paridad en la Cobertura de Salud Mental de 1996 (MHPA) y Ley de Paridad en la Cobertura de Salud Mental y Equidad en el Tratamiento de Adicciones de 2008 (MHPAEA)

"Las Provisiones de Paridad en la Salud Mental" significarán en el caso de un plan de salud grupal (o cobertura de seguro de salud ofrecida en conexión con dicho plan) que brinde tanto beneficios médicos y quirúrgicos como beneficios de salud mental o por Trastorno por Uso de Sustancias, tal plan o cobertura deberá asegurar que se cumplan todos los siguientes requisitos:

- 1) Los requisitos financieros aplicables a dichos beneficios de salud mental o por Trastorno por Uso de Sustancias no sean más restrictivos que los requisitos financieros predominantes aplicados a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el Plan (o cobertura).
- 2) No existan requisitos de participación separados que sean aplicables únicamente con respecto a los beneficios de salud mental o por Trastorno por Uso de Sustancias, si estos beneficios están cubiertos por el plan de salud grupal (o se ofrece cobertura de seguro de salud en conexión con dicho plan).
- 3) Las limitaciones de tratamiento aplicables a tales beneficios de salud mental o por Trastorno por Uso de Sustancias no sean más restrictivas que las limitaciones de tratamiento predominantes aplicadas a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el Plan (o cobertura).
- 4) No existan limitaciones de tratamiento separadas que sean aplicables únicamente con respecto a los beneficios de salud mental o por Trastorno por Uso de Sustancias, si estos beneficios están cubiertos por el plan de salud grupal (o se ofrece cobertura de seguro de salud en conexión con dicho plan).

Sección 5, Orden Calificada de Manutención Infantil Médica (QMSCO)

OBRA 1993 requiere que un hijo Dependiente elegible de un Empleado incluirá a un hijo que sea adoptado por el Empleado o cónyuge Dependiente cubierto obligado a proporcionar cobertura debido a una Orden de Manutención Infantil Médica que el Administrador del Plan determine que es una Orden Calificada de Manutención Infantil Médica (QMSCO). Una QMSCO también incluirá un fallo, decreto u orden emitida por un tribunal de jurisdicción competente o a través de un proceso administrativo establecido bajo la ley estatal y que tenga fuerza y efecto de ley bajo la ley estatal y que satisfaga los requisitos de QMSCO de la ERISA §609(a). (Puede obtener una copia de los procedimientos de QMSCO del Administrador del Plan sin cargo.)

Sección 6, Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres (NMHPA)

UABT no restringe los beneficios para una estadía hospitalaria de embarazo cubierta (para el parto) para una madre y el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea. Además, cualquier requisito de revisión de utilización para la admisión hospitalaria de pacientes internados no se aplicará para esta duración mínima de estadía y solo se permitirá la alta anticipada si el proveedor de atención médica que atiende, en consulta con la madre, decide que el alta es apropiada.

Sección 7, Ley de Derechos de Salud de la Mujer y contra el Cáncer (WHCRA)

Los beneficios del Fideicomiso incluyen cobertura para los siguientes servicios y suministros post mastectomía cuando se proporcionan de manera determinada en consulta entre el médico tratante y el paciente:

- 1) Reconstrucción del seno en el que se ha realizado una mastectomía;
- 2) Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- 3) Prótesis mamarias; y
- 4) Complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluidos las linfedemas.

Sección 8, Ley de Derechos de Empleo y Reempleo en Servicios Uniformados (USERRA)

Los Empleados que dejan su trabajo para realizar servicio en las fuerzas uniformadas de los Estados Unidos (las "Fuerzas Uniformadas") son elegibles para la continuidad de la cobertura para ellos mismos y Dependientes bajo este Plan durante hasta 24 meses mientras están en los Servicios Uniformados. Ya sea que se elija o no una cobertura continua, los empleados tienen derecho a ser reinstalados cuando sean re empleados, generalmente sin ningún período de espera o exclusiones excepto por enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio.

Sección 9, Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra facturación sorpresa o facturación por saldo.

- 1) ¿Qué es la "facturación por saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando ve a un médico u otro proveedor de atención médica, puede deber ciertos costos de su bolsillo, como un copago, coseguro y/o un deducible. Puede tener otros costos o tener que pagar toda la factura si ve a un proveedor o visita un centro de atención médica 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 tener permitido facturarle la diferencia entre

lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "**facturación por saldo**". Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de gastos de su bolsillo.

3) La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando **no puede** controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

4) Está protegido contra la facturación por saldo para:

a) Servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o instalación fuera de la red, lo más que el proveedor o instalación puede facturarle es el monto compartido de su plan dentro de la red (como copagos y coseguro). **No puede** recibir facturación por saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para no ser facturado por saldo por estos servicios post estabilización.

5) Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que algunos proveedores allí estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto compartido de su plan dentro de la red. Esto se aplica a medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o servicios de intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle por saldo y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle por saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

6) Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación por saldo. Tampoco está obligado a obtener atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

7) Cuando no se permite la facturación por saldo, también tiene las siguientes protecciones:

a) Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o instalación estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará a los proveedores e instalaciones fuera de la red directamente.

b) Su plan de salud generalmente debe:

i. Cubrir servicios de emergencia sin requerir que obtenga aprobación para los servicios con anticipación (autorización previa).

ii. Cubrir servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red.

iii. Basar lo que usted debe al proveedor o instalación (participación en los costos) en lo que pagaría a un proveedor o instalación dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.

iv. Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red hacia su deducible y límite de gastos de su bolsillo.

8) Si cree que le han facturado incorrectamente, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de UABT al (800) 223.4590.

9) Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Parte XIX, Notificación del departamento de seguros de california

ESTE ARREGLO DE BIENESTAR DE EMPLEADORES MÚLTIPLES NO ES UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y NO PARTICIPA EN NINGUNO DE LOS FONDOS DE GARANTÍA CREADOS POR LA LEY DE CALIFORNIA. POR LO TANTO, ESTOS FONDOS NO PAGARÁN SUS RECLAMACIONES NI PROTEGERÁN SUS ACTIVOS SI ESTE ARREGLO DE BIENESTAR DE EMPLEADORES MÚLTIPLES SE VUELVE INSOLVENTE Y NO PUEDE REALIZAR PAGOS COMO SE PROMETIÓ.

LOS BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE HA COMPRADO O ESTÁ SOLICITANDO COMPRAR SON EMITIDOS POR UN ARREGLO DE BIENESTAR DE EMPLEADORES MÚLTIPLES QUE ESTÁ LICENCIADO POR EL ESTADO DE CALIFORNIA.

PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE ESTE ARREGLO DE BIENESTAR DE EMPLEADORES MÚLTIPLES, DEBERÍA HACER PREGUNTAS A SU ADMINISTRADOR DE FIDEICOMISO O PUEDE COMUNICARSE CON EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE CALIFORNIA AL (800) 927.4357.

SUS BENEFICIOS PARA LA SALUD

EL RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DEL PLAN