



GUÍA PARA MIEMBROS

Bienvenido

Esta guía fue diseñada con USTED en mente!

UnitedAg es su Plan y Administrador de Beneficios de Salud. ¿Qué significa eso para usted nuestro miembro? UnitedAg está aquí, no solo para ayudarlo a navegar y pagar sus beneficios (médico, farmacia, dental, visión), sino también para guiarlo con fin de comprender sus beneficios.

Esta guía le proporciona las herramientas y los recursos para comprender sus beneficios:

- Cuáles son sus costos en relación con los servicios recibidos;
- Qué es un deducible y cómo se relaciona con sus beneficios y / o servicios;
- Cuáles son sus costos de bolsillo;
- Cómo localizar proveedores y servicios en su área;
- Como encontrar acceso a los servicios que usted necesita;
- Comprender su tarjeta de identificación de miembro; y,
- ¿Qué es una Explicación de Beneficios (EoB)?

Esperamos que esta guía le brinde una buena visión general para comenzar. También puede visitar nuestro sitio web: unitedag.org/health-benefits para encontrar información actualizada, preguntas frecuentes y otra información importante y recursos relacionados con sus beneficios.

Tenga en cuenta que esta guía no fue diseñada para actuar o servir como una descripción resumida del plan (SPD). Consulte los Folletos de Descripción del Plan de UnitedAg: unitedag.org/spd, así como su (s) Programa (s) de Beneficios, para conocer los detalles de su plan de salud.

¡Gracias por unirse a UnitedAg, el plan de salud y bienestar de la comunidad agrícola con las necesidades de sus miembros en mente! Esperamos poder ofrecerle una experiencia de salud y bienestar excepcional.

Sinceramente,

UnitedAg

Tabla de Contenido

Información de Contacto Importante	4
Conéctate con Nosotros	5
Su Red y Tarjeta de Identificación	6
Clínicas de Salud y Bienestar de UnitedAg	7
Atención Primaria Virtual	8
Clínicas de Agile Occupational Medicine	9
La Red Médica y Dental de México	10
Telemedicina con Teladoc	11
Atención de la Salud Mental con myStrength	12
Cobertura de Prescripción Médica con Costco Health Solutions	13
Navegando el Cuidado de la Salud	15
Cuidado Preventivo	16
Entendiendo de la Autorización Previa	18
Acceso al Portal de Salud de UnitedAg	19
El Servicio de Portavoz del Miembro	20
Preguntas Frecuentes	21
Cómo Comprender su Explicación de Beneficios (EOB)	24
Definiciones Importantes	26
Cómo Pagar Menos de su Bolsillo	27
Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Inesperadas	27
Derechos de los Miembros	29
Responsabilidades de los Miembros	30
Aviso de Privacidad	30

Información de Contacto Importante

Departamento de Servicios al Miembro

Servicios para Miembros 800.223.4590

Servicio de Portavoz para el Miembro 800.223.4590

¿Busca una respuesta rápida a una pregunta sencilla relacionada con los beneficios? Envíenos un mensaje de texto y un miembro del equipo de Servicios para Miembros le responderá en menos de 2 minutos (durante el horario comercial normal). 949.524.4877

Horas de Servicio de UnitedAg

Lunes - Viernes 6:30 a.m. - 5:30 p.m.

Sábado 7:00 a.m. - 3:30 p.m.

Red de Proveedores de UnitedAg

Clínicas de Salud y Bienestar de UnitedAg 877.877.7981

Blue Shield of California (para autorizaciones previas): 800.541.6652

Blue Shield National Coverage Network (fuera de California) 800.810.2583

SAIN Mexico Network (fuera de U.S.) 653.536.7800

Costco Health Solutions (la red de farmacias) 877.908.6024

Costco Specialty Service (farmacia especializada) 866.443.0060

Teladoc (telemedicina) 800.835.2362

myStrength (cuidado de la salud mental) 800.945.4355

First Dental Health (la red dental) 800.334.7244

VSP (la red visión) 800.877.7195

Portal de Salud para Miembros

unitedag.org/healthportal

Clínicas de Salud y Bienestar de UnitedAg

ua.clinic

Las Redes Asociados con UnitedAg (buscar)

unitedag.org/networks

Estimador de costos de tratamiento

unitedag.org/costestimator

Conéctate con Nosotros

Manténgase Informado Sobre sus Beneficios

Manténgase actualizado suscribiéndose a nuestras comunicaciones por correo electrónico. Mientras recibira información relacionada con sus beneficios, tenemos otros boletines para ayudarlo a aprovechar al máximo su membresía de UnitedAg. Lo alentamos a que los revise.

The Harvest (en inglés)

Un boletín bimestral centrado en brindar las últimas noticias, información y actualizaciones sobre la membresía de UnitedAg.

La Cosecha

Un boletín mensual le ofrece los últimos consejos de bienestar de temporada, recetas saludables y recursos importantes para miembros para construir una comunidad más saludable.

HealthChats (en inglés)

Una serie de seminarios web trimestrales, diseñada para ayudarlo a vivir una vida más saludable. Conozca los problemas de salud que afectan a nuestra comunidad y obtenga consejos sobre cómo manejarlos y prevenirlos.

Benefiting U (en inglés)

Un boletín trimestral centrado en proporcionar la información más reciente sobre la membresía de UnitedAg.

Saludable

Un boletín informativo mensual con las últimas actualizaciones sobre salud y bienestar, noticias esenciales de los socios de la red y recursos de beneficios de salud para sus necesidades de atención.

Foros de Salud

Un espacio en línea donde nuestra comunidad de miembros puede discutir, compartir conocimientos y hablar entre sí sobre una amplia variedad de temas de salud. Dirigido por nuestra enfermera administradora de casos, Jayne Rodríguez-Hernández, con la misión de mejorar la experiencia de atención médica de nuestros miembros.

Suscríbese Hoy

signup.unitedag.org/beneficios

Su Red

Cuando se inscribe en el plan de salud de UnitedAg, se le envía su tarjeta de identificación de miembro. Debe presentarla cuando busque servicios médicos y de farmacia. Tómese un momento para revisar la información de la tarjeta y asegúrese de que este correcta.

Su tarjeta de identificación

La tarjeta incluye su número de identificación único para usted y cualquier dependiente en su plan de salud, junto con el nombre de su red de proveedor(s) y cualquier monto de copago aplicable.

La información en su tarjeta de identificación es útil para buscar un médico, surtir una receta o accediendo a su Portal de Salud para Miembros. Llame a Servicios para Miembros de UnitedAg para obtener tarjetas adicionales.

 California and National Coverage	 UNITED AGRICULTURAL BENEFIT TRUST
Member Name: Maria Bahamas	Dependent(s): Jeremiah Bahamas
Member ID: UBT3352A3555	
Employer Number: 00121-001	In Network Copay: ER: \$250 Office Visit: \$15 Urgent: \$15 Rx Copay: \$192/\$40 Specialist: \$15
Employer Name: United American LLC	Annual Deductible: In / (Out) Network Med Indiv: N/A / (N/A) Fam: N/A / (N/A) Rx: SNIA Annual Out-of-Pocket Max: In / (Out) Network Indiv: \$2,500 / (\$10,000) Fam: \$7,500 / (No Limit)
	Rx Group #: UNA RxBIN: 016127 RxPCN: CWHS
	
rev01/01/2023	

 www.blueshieldca.com/networkPPO	800-541-6652 BSC Provider Customer Svc 800-223-4590 Eligibility Verification 800-810-2583 Locate Provider Outside CA 800-541-6652 Pre-Auth/Prior-Auth 800-835-2362 Telemedicine Services 877-908-6024 Pharmacy Benefits* www.costcohealthsolution.com
Participants: Use Blue Shield of California Preferred physicians and hospitals (the PPO Network) to receive maximum benefits.	
Providers: File all claims with your local BCBS plan or, when Medicare is primary, file all Medicare claims with Medicare.	
Blue Shield of California, an independent member of the Blue Shield Association, provides administrative services only and does not assume any financial risk or obligation with respect to claims.	
	* Contracts separately with group
	Send CA Medical claims to: Send Dental/Vision claims to: Blue Shield of California to: UnitedAg P.O. Box 272540 P.O. Box 2428 Chico, CA 95927-2540 Farmington Hills, MI 48333
	Rx Claims Submission Costco Health Solutions P.O. Box 999 Appleton, WI 51912
 	* Pharmacy benefit administrator

Cómo Encontrar a un Médico

Para encontrar un médico en su red, visite:

Clínicas de Salud y Bienestar de UnitedAg: unitedag.org/wellness

Blue Shield of California: unitedag.org/bsc

Blue Shield National Coverage Network (fuera de California): unitedag.org/bsn

(Nota: En la sección "Encuentra tu plan por prefijo", ingrese **UBT**)

La Red Mexico de SAIN (fuera de U.S.): unitedag.org/sainmedical

Busque su red y luego puede buscar un proveedor seleccionando el tipo de proveedor que está buscando en su ubicación preferida.

Puede descargar una versión en PDF del directorio para ver todos los proveedores en su red comunicándose con Servicios para Miembros de UnitedAg en memberservices@unitedag.org, llamando al **800.223.4590**, o enviando un mensaje de texto al **949.524.4877**.

Clínicas de Salud y Bienestar de UnitedAg



Nuestras clínicas de salud y bienestar están abiertas a todos los empleados y dependientes cubiertos bajo la póliza de UnitedAg, y ofrecen una gama completa de servicios, desde atención aguda y episódica hasta el manejo de riesgos y

enfermedades para el bienestar y la prevención. Nuestras clínicas de bienestar están diseñadas para satisfacer las necesidades de la industria agrícola al proporcionar tiempos de espera cortos y atención personalizada. Además, todos ofrecen atención primaria virtual bilingüe para pacientes que necesitan hablar con un médico en su propio tiempo.

Servicios Disponibles

Los siguientes servicios están disponibles en todas las ubicaciones. Muchos de estos servicios están disponibles con un copago de \$0* sin deducible para la mayoría de los aviones. Consulte con su clínica local de salud y bienestar para obtener más información.

- Pruebas y vacunación de COVID-19
- Atención primaria
- Cuidado preventivo
- Atención Primaria Virtual
- Entrenamiento de bienestar
- Enfermedades y lesiones menores
- Ginecología
- Pediatría (bebé básico)
- Servicios de laboratorio y rayos X

Sitios de las clínicas de salud y bienestar

Chico

1074 East Ave. Suite Q
Chico, CA 95926

*Lunes, martes, y miércoles
9 a.m.–6 p.m.
(Cerrada para el almuerzo: 1–2 p.m.)
(Cerrado jueves y viernes)*

Colusa

412 4th St.
Colusa, CA 95932

*Thursday & Friday 9 a.m.–6 p.m.
(Cerrada para el almuerzo: 1–2 p.m.)
(Cerrado jueves y viernes)*

Salinas

333-A Abbott St.
Salinas, CA 93901

*lunes - viernes 8 a.m.–5 p.m.
(Cerrada para el almuerzo: 12–1 p.m.)
miércoles 10 a.m.–7 p.m.
(Cerrada para el almuerzo: 2–3 p.m.)*

Santa Maria

2605 S. Miller St. #100
Santa Maria, CA 93455

*lunes, martes, jueves, viernes
8 a.m.–5 p.m.
(Cerrada para el almuerzo: 12–1 p.m.)
miércoles 10 a.m.–7 p.m.
(Cerrada para el almuerzo: 2–3 p.m.)*

Turlock

1080 Delbon Ave.
Turlock, CA 95380

*lunes, martes, jueves, viernes
8 a.m.–5 p.m.
(Cerrada para el almuerzo: 12–1 p.m.)
miércoles 10 a.m.–7 p.m.
(Cerrada para el almuerzo: 2–3 p.m.)*

Visalia

315 S. Johnson St.
Visalia, CA 93291

*lunes–viernes 8 a.m.–6 p.m.
(Cerrada para el almuerzo: 1 p.m.–2 p.m.)
Sábado 8 a.m.–3 p.m. (Open all day)*

Para hacer una cita en persona o por teléfono con un profesional de la salud en su clínica de salud y bienestar más cercana, escanee el código QR a la derecha, visite ua.clinic o llame al **877.877.7981**.

***Efectivo el primero de Enero, se aplicara una tarifa de \$40 a las visitas de consultorio y una tarifa de \$25 para teleconsultas y visitas virtuales para miembros del plan HSA. Una vez que se alcance el deducible del plan, se aplicará un copago de \$0 cero para futuras visitas al consultorio.**



ua.clinic

Atención Primaria Virtual



Disponible a través de las clínicas de salud y bienestar de UnitedAg

¿Qué es la Atención Médica Virtual?

La atención médica virtual, también conocida como telesalud o telemedicina, es un modelo de prestación de atención médica que aprovecha la tecnología y las herramientas de comunicación digital para brindar servicios médicos y consultas de forma remota. Este enfoque permite a los miembros y proveedores de atención médica interactuar e intercambiar información sin la necesidad de visitas personales a un centro de atención médica.

Beneficios Clave

La atención primaria virtual brinda muchas ventajas para nuestros miembros. Ofrece comodidad y accesibilidad, lo que permite a los miembros recibir atención médica desde casa o en ubicaciones remotas. Esto reduce el tiempo de viaje y de espera para las citas y los miembros con enfermedades crónicas se benefician de controles regulares y son rentables. El monitoreo remoto y el empoderamiento de los miembros también son beneficios notables. Sin embargo, es esencial recordar que la atención médica virtual puede no ser adecuada para todas las situaciones médicas y su efectividad depende de las necesidades y condiciones individuales.

Servicios

- Reflujo ácido
- Alergias
- Artritis
- Visita anual de bienestar
- Tos
- Frío
- Constipación
- Crup
- Manejo de la diabetes
- Diarrea
- Fiebre
- Gripe
- Dolor de cabeza
- Sinusitis
- Dolor de garganta
- Infecciones del tracto urinario
- Vómitos
- ¡Y más!

Cómo Hacer una Visita de Atención Virtual

Para hacer una cita de atención virtual con un profesional de la salud, escanee el código QR a la derecha, visite ua.clinic o llame al **877.877.7981**.

Horario de visita de Atención Virtual: Lunes - Viernes de 8:00 am - 5:00 pm.

**Los horarios de servicio están sujetos a cambios.*



ua.clinic

¿Cuál es el costo para acceder al servicio de Atención Primaria Virtual?

*Efectivo el primero de Enero, se aplica una tarifa de \$40 a las visitas al consultorio en persona y una tarifa de \$25 a todas las visitas de atención virtual para los miembros del plan HSA. Se aplicará un copago cero para cualquier visita de atención virtual de seguimiento que esté programada junto con la visita inicial.

Se aplicará una tarifa de \$0 a los miembros del plan HSA después de alcanzar el deducible anual.

Clínicas de Agile Occupational Medicine



Disponible para todos los empleados y dependientes cubiertos de los miembros de UnitedAg, Agile Occupational Medicine ofrece una variedad de servicios con un copago de \$0 por visitas al consultorio* (para la mayoría de los planes de salud de UnitedAg). Con clínicas convenientemente ubicadas en las comunidades agrícolas de California, Agile Occupational Medicine brinda atención aguda y episódica para el manejo de enfermedades y riesgos para la salud, todo ello dedicado a mejorar la salud y el bienestar de cada miembro.

Servicios

- Resfriados y gripe
- Laceraciones menores y cuidado de heridas
- Fracturas simples, esguinces y luxaciones
- Problemas oculares menores y hemorragias nasales
- Asma y alergias
- Tracto urinario y problemas ginecológicos
- Vacunas contra la gripe y el tétanos
- Hepatitis A/B
- Sarampión
- Paperas
- Exámenes físicos anuales
- Controles de próstata
- Exámenes de salud de las mujeres
- Exámenes de salud para hombres
- Cuidado básico de bebés/niños
- Vacunas
- Servicios de laboratorio y rayos X*

Para obtener más información o hacer una cita, visite agileoccm.com o llame al **833.373.3430**.

Sitios de las Clínicas Agile

WATSONVILLE, CA

40 Penny Lane, Ste 4
Watsonville, CA 95076
Lunes-Viernes 8am–6pm
831.763.4444

HOLLISTER, CA

591 McCray St Ste 101
Hollister, CA 95023
Lunes-Viernes 8am–5pm
831.634.4444

KING CITY, CA

1180 Broadway Street
King City, CA 93930
Lunes-Viernes 8:30am–5pm
831.385.8000

LOS BANOS, CA

285 Mercey Springs Rd A
Los Banos, CA 93635
Lunes-Viernes 8:30am–5:00pm
209.829.0444

SALINAS-BLANCO, CA

947 Blanco Cir, Ste A
Salinas, CA 93901
Lunes-Viernes 8am–5pm
831.422.5555

SALINAS-ROSSI, CA

2 Rossi Circle
Salinas, CA 93907
Lunes-Viernes 8am–6pm
Sábado 9am–3pm
831.770.0444

SOLEDAD, CA

2524 H. Dela Rosa Sr. St
Soledad, CA 93960
Lunes-Viernes 8am–6pm
831.678.8899

YUMA, AZ

4343 E. 31st Place
Yuma, AZ 85365
Lunes-Viernes 8am–5pm
928.341.4544

**Se aplicara una tarifa de \$90 para miembros con plan medico de HSA que no han cumplido con el deducible anual. Una vez que se alcance el deducible del plan, se aplicará un copago de \$0 cero para futuras visitas al consultorio.*

Se aplican costos de bolsillo para procedimientos y servicios específicos. El horario de la clínica puede variar según la temporada.



SAIN es una empresa familiar con más de 30 años de experiencia y dedicación que ofrece los mejores servicios médicos en el norte de México a lo largo de la frontera de California y Arizona. Tienen un directorio de más de 150 médicos de todas las áreas médicas. Medicina familiar, especialistas y servicios odontológicos.

Todos sus médicos tienen las más altas certificaciones en el país y el reconocimiento internacional en su área de experiencia. Para más información, visite: sainmedical.com.

Especialidades Medicas

- Medicina Familiar
- Gastroenterología
- Ginecología y obstetricia
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía General
- Cirugía Reconstructiva
- Cirugía Cardiovascular
- Oncología
- Neurología
- Medicina Interna
- Urología
- Cardiología
- Proctología
- Alergología y Inmunología
- Nefrología
- Oftalmología
- Pediatra
- Ortopedia y Traumatología
- Otorrinolaringología
- Patología
- Mamograma
- Densitometria Osea
- Y Mas!

Servicios Dentales

- Dental Surgery
- Endodontic
- Prosthodontics
- Periodontics
- Orthodontics
- Dental Implants
- Crowns
- Bridges
- Dentures
- Extractions

Sitios

Tijuana, Mexicali, Los Algodones y San Luis Rio Colorado

¿Como Tener Acceso a Sus Servicios En México?

1. Una vez que el empleado y sus dependientes hayan recibido cobertura bajo el plan de beneficios de UABT, podrán tener acceso a los servicios médicos de SAIN en México.

2. El empleado deberá presentar una identificación con foto al médico general para verificar cobertura. Si no tiene una identificación valida, puede pedir su identificación de SAIN en nuestras oficinas: Av. Sonora y 4ta #400, San Luis Río Colorado, Sonora 83440.

3. En caso que existan un copago, serán pagados al proveedor al momento de recibir atención medicos, los copagos se basan en el plan médico que corresponde a cada paciente.

4. Para verificar cobertura en México, haga alguna cita o el traslado de algún paciente, favor de llamar a nuestras oficinas de SAIN en: (+52) 653-53-67800, ext. 1 (SL) y ext. 2 (Mxl).

Telemedicina con Teladoc



Acceda a médicos con licencia por web, teléfono o aplicación

Los médicos de Teladoc están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana y 365 días al año para proporcionarle un cuidado de calidad mediante consultas telefónicas o de video. ¡La próxima vez que esté enfermo, llama a Teladoc!

¿Quiénes son los Proveedores de Teladoc?

Los médicos de Teladoc están certificados por la mesa directiva de EE. UU. en medicina interna, medicina familiar o pediatría. Tienen un promedio de 15 años de experiencia práctica, tienen licencia en su estado, y Teladoc incorpora en su práctica diaria como una forma de brindar a las personas un acceso conveniente a atención médica de calidad.

¿Qué tipo de atención médica proporciona Teladoc?

Al solicitar una consulta, puede elegir entre medicina general, salud del comportamiento o dermatología. Los médicos de Teladoc pueden tratar una variedad de condiciones:

Medicina General

- Resfriado
- Bronquitis
- Alergias
- Ojo rosa
- Infecciones de las vías respiratorias superiores
- Y más

Dermatología

- Infección en la piel
- Acné
- Erupción cutánea
- Abrasiones
- Lunares/verrugas
- Y más

Salud de Mental

- Estrés/ansiedad
- Depresión
- Adicción
- Abuso doméstico
- Servicios de apoyo emocional
- Y más

Other Services*

- Dejar de fumar
- Cuidado del cuello y la espalda
- Nutrición

¿Cómo creo mi cuenta de Teladoc?

Crear su cuenta es un proceso fácil y rápido que se realiza en línea. Visite el sitio web de Teladoc y haga clic en **"Set Up Account"**. Siga las instrucciones en línea. También puede llamar al **1-800-Teladoc (835-2362)** para configurar su cuenta por teléfono.

¿Cómo solicito una consulta para hablar con un médico? (3 maneras)

- Utilice la aplicación Teladoc (para usuarios de Apple o Android, descargue en [Teladoc.com/mobile](https://www.teladoc.com/mobile))
- Visite el sitio web [Teladoc.com](https://www.teladoc.com), inicie sesión en su cuenta y haga clic en **"Request a Consult."**
- También puede llamar a Teladoc para solicitar una consulta vía telefónica: **1-800-835-2362**.

¿Cuál es el costo para acceder a los servicios de Teladoc?

Los servicios de Teladoc están disponibles con una tarifa de \$0 para la mayoría de los planes. Sin embargo, se aplica una tarifa de consulta de \$55 para los miembros del plan HSA. Se aplicará una tarifa de \$0 a los miembros del plan HSA después de alcanzar el deducible anual. Tenga en cuenta que se aplican tarifas por servicios de salud adicionales de Teladoc.

Cuidado de salud mental con MyStrength

 **Obtenga ayuda para controlar el sueño, el estrés, la ansiedad y mucho más**

MyStrength, de Teladoc Health, es un programa digital flexible y completo para la salud emocional que ayuda con los desafíos cambiantes de la vida. Desde actividades de aprendizaje y meditaciones guiadas hasta cursos de desarrollo de habilidades y trabajo con un terapeuta autorizado. Con myStrength, obtienes apoyo personalizado para construir una mente más saludable para un yo más fuerte.

Beneficios de myStrength

- **Un lugar sencillo para comenzar a recibir apoyo**, sin importar cuáles sean sus necesidades.
- **Atención continua** que se ajusta a medida que evolucionan sus necesidades.
- **Una evaluación digital** basada en la clínica para que puedan crear un plan diseñado solo para usted.
- **Teleterapia a tu manera.** Conéctese con un terapeuta autorizado de su elección con cita previa y los siete días de la semana desde la comodidad de su hogar.

¿Cómo sé si soy elegible?

Debe tener al menos 18 años de edad y estar inscrito en un plan de salud de UnitedAg* a través de su empleador. ¿Preguntas sobre el estado de su inscripción? Llame a Soporte para miembros al **800.945.4355**.

¿Cómo me inscribo?

Puede inscribirse en línea, por teléfono o aplicación. Utilice el código de acceso "UnitedAg".

- **En línea:** Visite myStrength.com/join y responda algunas preguntas sobre usted y su salud para registrarse. Luego, descargue la aplicación myStrength para iniciar sesión y comenzar.
- **Teléfono:** Llame a Soporte para miembros al **800.945.4355**.
- **Aplicación:** Puede acceder a myStrength a través de su aplicación Teladoc.

¿Cómo solicito una consulta para hablar con un médico? (3 maneras)

- Utilice la aplicación Teladoc (para usuarios de Apple o Android, descargue en Teladoc.com/mobile)
- Visite el sitio web Teladoc.com, inicie sesión en su cuenta y haga clic en **"Request a Consult."**
- También puede llamar a Teladoc para solicitar una consulta vía telefónica: **1-800-835-2362**.

Tarifas de HSA:

Visita inicial al psiquiatra: \$220
Seguimiento psiquiatra: \$100
Psicólogo/Terapeuta: \$90

**Nota: La aplicación digital está disponible sin tarifas para todos los planes, incluidos los planes HSA. Para los planes HSA, todas las visitas de atención virtual están disponibles sin tarifas después de alcanzar el deducible anual.*

Cobertura de Prescripción Médica con Costco Health Solutions



Health
Solutions

Su Red de Farmacias

UnitedAg utiliza Costco Health Solutions como su administrador de la red de farmacia preferida. La lista de medicamentos recetados más común se denomina "formulario". Dentro de la lista, definimos medicamentos que se encuentran en los siguientes niveles o categorías.

Categorías de Medicamentos (niveles):

- **Nivel 1 - Costo más bajo:** Medicamentos genéricos de uso común (pueden incluir medicamentos de marca de bajo costo)
- **Nivel 2 - Costo de rango medio:** Medicamentos comunes de marca, conocidos como "Medicamentos del formulario"
- **Nivel 3 - Mayor Costo:** medicamentos de marca "no incluido en el formulario"
- **Los medicamentos "especializados"** generalmente son los medicamentos más caros (utilizados a través de Costco Specialty Service). Para inscribirse en el programa de especialidad, llame al **866.443.0060** o visite costcohealthsolutions.com.

Su Lista de beneficios describirá los diferentes niveles de copago según estas clases de medicamentos. Es probable que aún pague menos por los medicamentos genéricos o de marca preferida que los de la categoría no preferida o especial. ¡Hable con su médico acerca de sus opciones podrá ahorrarle mucho dinero!

También tenemos un programa de Servicios de Farmacia por correo por cual está disponible para que lo utilice. Está diseñado para recetas de mantenimiento (a largo plazo) y puede ayudar a ahorrar en su costo general y viajes a la farmacia. Puede inscribirse en el programa de pedidos por correo llamando a Farmacia de Costco al **800.607.6861** o visitando pharmacy.costco.com.

Algunos medicamentos recetados requieren una Autorización Previa, Step Therapy (ST) o tienen Límites de cantidad. Siempre es una buena idea revisar el formulario y comprender los requisitos de prescripción antes de visitar la farmacia. Si no está seguro de los requisitos para una determinada receta, o simplemente tiene alguna pregunta sobre un medicamento o un procedimiento, llame a Servicios al Miembros de UnitedAg a 800.223.4590 y estarán encantados de ayudarle a responder sus preguntas.

Programa genérico sin costo | Disponible a través de la farmacia Costco

A partir del 1 de enero de 2024, los miembros de UnitedAg pueden acceder a medicamentos genéricos del Nivel 1 por un copago de \$0 en las farmacias minoristas de Costco. Los genéricos especializados no están incluidos. Este beneficio no se aplica en las farmacias de pedidos por correo de Costco ni en las farmacias especializadas de Costco. Los miembros del plan HSA pagarán \$9 por suministro de 30 días. Se aplicará una tarifa de \$0 por recetas genéricas a los miembros del plan HSA después de alcanzar el deducible anual.

Para ver la lista completa de medicamentos recetados cubiertos, visite: unitedag.org/formulary

Los miembros de UnitedAg pueden visitar cualquier farmacia de la red Costco Health Solutions.

Para ubicar una farmacia cerca de usted, visite: unitedag.org/pharmacylocator

Prescription Coverage

Medicamentos de Marca Frente a Medicamentos Genéricos

¿Qué es un medicamento genérico?

Un medicamento genérico es un medicamento que contiene exactamente el mismo ingrediente activo, se toma de la misma manera y ofrece el mismo efecto terapéutico que el medicamento de marca.

¿Existe alguna diferencia entre medicamentos genéricos y de marca?

Existen dos diferencias principales entre los medicamentos genéricos y los de marca:

- Los ingredientes inactivos, como saborizantes o conservantes (rellenos), pueden ser diferentes.
- Los medicamentos genéricos generalmente son producidos por más de un fabricante y cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿En qué se parecen los medicamentos genéricos y de marca?

La Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) establece estándares para los medicamentos genéricos para garantizar que funcionen de la misma manera y tengan los mismos beneficios y riesgos que sus homólogos de marca. Los medicamentos genéricos deben coincidir con las versiones de marca de las siguientes maneras:

- Deben tener el mismo ingrediente activo.
- La dosis y la concentración deben ser idénticas.
- La calidad, estabilidad y seguridad generales deben ser las mismas.

¿Los medicamentos genéricos se elaboran con los mismos estándares que los medicamentos de marca?

Sí. La FDA exige que un fabricante de medicamentos genéricos siga los mismos estándares que el proceso de fabricación de marcas. A menudo se fabrican en las mismas instalaciones. La agencia realiza inspecciones in situ cada año para asegurarse de que los fabricantes sigan las reglas.

¿Cuáles son los posibles ahorros de costos al usar medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos son en promedio entre un 80%-85% menos costosos que los medicamentos de marca.

Programa genérico sin costo | Disponible a través de la farmacia Costco

A partir del 1 de enero de 2024, los miembros de UnitedAg pueden acceder a medicamentos genéricos del Nivel 1 por un copago de \$0 en las farmacias minoristas de Costco. Los genéricos especializados no están incluidos. Este beneficio no se aplica en las farmacias de pedidos por correo de Costco ni en las farmacias especializadas de Costco. Los miembros del plan HSA pagarán \$9 por suministro de 30 días. Se aplicará una tarifa de \$0 por recetas genéricas a los miembros del plan HSA después de alcanzar el deducible anual.

***Información comparativa proporcionada por Costco Health Solutions**

Cómo Tomar Riendas de su Cuidado

Para enfermedades o lesiones que no sean grave

Atención de Urgencias / Clínicas de Salud y Bienestar de UnitedAg

Un Clínica de Salud y Bienestar o atención de urgencia es una buena opción de atención y está disponible a un costo menor que la sala de emergencias (generalmente, solo se requerirá su copago si permanece dentro de la red). Los horarios y las ubicaciones pueden ser más convenientes y la espera puede ser más corta. La atención de urgencia fuera de la red solo está cubierta cuando se encuentra fuera del área de servicio del panel (se aplican restricciones y limitaciones). Asegúrese de visitar un centro de atención de urgencia por los motivos correctos, como fiebre o resfriado, dolor de garganta, esguinces, abrasiones, cortes, etc.

Los Clínicas de Salud y Bienestar de UnitedAg ofrece a los miembros acceso a muchos servicios con un copago* de \$0 sin deducible para la mayoría de los planes. Estos servicios pueden incluir: vacunas básicas, exámenes físicos, tratamiento para quemaduras leves, erupciones cutáneas o picaduras de insectos y más. Visite ua.clinic o llame al **877.877.7981** para programar una cita.

Para exámenes anuales o para diagnosticar un problema de salud

El Médico Primario de Cabecera

Un proveedor médico primario (PCP) que puede ayudarlo a guiarlo al lugar correcto si necesita que le realicen análisis de laboratorio o para consultar a un especialista. Los PCP son médicos o enfermeras practicantes que practican la medicina general, interna o familiar.

Si actualmente no tiene un PCP y necesita o necesita servicios, puede visitar nuestro sitio web (unitedag.org/networks) y utilizar la búsqueda en el directorio de proveedores en línea o no dude en comunicarse con nuestro equipo de Servicios para Miembros al **800.223.4590**.

En una situación grave o potencialmente mortal

Cuidados de Emergencia

En una situación grave o potencialmente mortal (es decir, dolor en el pecho, pérdida del conocimiento, dificultad para respirar, huesos rotos, sangrado incontrolado), siempre debe acudir a la sala de emergencias más cercana. Existen claras diferencias al recibir atención en una sala de emergencias.

Además, la atención **dentro y fuera de la red** se cubrirá de manera diferente según la responsabilidad del miembro. Siempre es mejor consultar a un médico de la sala de emergencias dentro de la red donde su costo será menor. **Si no se encuentra en una situación grave**, la sala de emergencias no es una opción rentable. Esto se debe a que el costo de la atención en la sala de emergencias es significativamente más alto que el del consultorio de un médico, la telemedicina o el entorno de atención sin cita previa.

**Efectivo el primero de Enero, se aplicara una tarifa de \$40 a las visitas de consultorio y una tarifa de \$25 para teleconsultas y visitas virtuales para miembros del plan HSA. Una vez que se alcance el deducible del plan, se aplicará un copago de \$0 cero para futuras visitas al consultorio.*

Cuidado Preventivo

Las vacunas pueden reducir sus probabilidades de contraer ciertas enfermedades. Las vacunas trabajan con las defensas naturales de su cuerpo para ayudarlo a desarrollar de manera segura la inmunidad a las enfermedades. Esto reduce sus posibilidades de contraer ciertas enfermedades y sufrir sus complicaciones. Vacunarse no solo lo protege, sino que también evita que transmita enfermedades a otras personas que pueden enfermarse gravemente. Puede vacunarse con su médico primario de cabecera, atención de urgencia o farmacia local. Visite unitedag.org/networks para encontrar un proveedor local.

Vacunas anuales contra la influenza

Es importante que se vacune contra la gripe, especialmente si usted o un miembro de su familia tiene una enfermedad crónica como la hepatitis B. Los CDC recomiendan que todos se vacunen antes de fines de octubre, lo que le da a su cuerpo aproximadamente un período de dos semanas. necesita desarrollar una respuesta inmune a la vacuna antes del inicio de la temporada alta de influenza. Sin embargo, si no cumple con este plazo, la vacuna aún puede ofrecer algunos beneficios.

Vacunas y pruebas de COVID-19

Las vacunas COVID-19 y las vacunas de refuerzo autorizadas por la FDA (Moderna, Pfizer-BioNTech y J&J/Janssen) han demostrado ser seguras y efectivas en ensayos clínicos. Estas vacunas reducen considerablemente las probabilidades de que contraiga COVID-19 y pueden ayudar a evitar que se enferme gravemente.

No necesita una receta de un profesional de la salud para someterse a una prueba de COVID-19. Las pruebas COVID-19 aprobadas por la FDA se consideran preventivas y están cubiertas al 100% para los participantes del plan elegibles (UABT). No es necesario que pague los costos de su bolsillo (copago, coseguro o deducible) por las pruebas:

- Si tiene o no síntomas de COVID-19.
- Si cree o no que estuvo expuesto a alguien que tiene COVID-19.

Para obtener recursos sobre COVID-19, visite unitedag.org/coronavirus. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedAg al 800.223.4590 o envíe un correo electrónico a memberservices@unitedag.org.

¿Dónde puedo vacunarme?

Las vacunas están disponibles en todas las Clínicas de Salud y Bienestar de UnitedAg, el consultorio de su médico, las clínicas de atención de urgencia, las clínicas de salud y las farmacias. Visite unitedag.org/networks para encontrar un proveedor local de vacunas.

¿Cuánto cuesta?

Su UnitedAg Health Plan pagará el 100% del costo de la vacuna, sin copago ni deducible, cuando se vacune en el consultorio de un proveedor médico autorizado dentro de la red. Los adultos mayores cubiertos por la Parte B de Medicare también pueden recibir la vacuna gratis, sin copago ni deducible.

Cuidado Preventivo (continuación)

Comprender sus Beneficios de Cuidado Preventivo

Incluso si se siente bien, es importante programar una cita con su médico para recibir servicios de atención preventiva. A través de un examen preventivo y exámenes de salud de rutina, su médico puede determinar su estado de salud actual y detectar señales tempranas de problemas más graves y costosos.

UnitedAg ofrece ciertos servicios preventivos sin costo para los miembros si cumplen con nuestra definición de atención preventiva sin costo y los servicios se reciben de un proveedor dentro de la red. Sin costo significa que los copagos, coseguros y deducibles no se aplican a estos servicios específicos. La atención preventiva comienza con un chequeo de rutina anual con cualquiera de los siguientes proveedores de atención primaria (PCP): médico de familia, médico general, pediatra, enfermera practicante, médico de medicina interna y obstetra/ginecólogo.

Qué está cubierto en una visita de atención preventiva: Durante su visita, su médico determinará qué pruebas o exámenes de salud son adecuados para usted en función de factores como su edad, sexo, historial médico, salud actual y antecedentes familiares. Además, su salud El plan cubre el 100% de los costos de los servicios de salud preventivos cuando la atención se brinda a través de proveedores de la red.

Lo que no se considera una visita de atención preventiva: Si habla sobre nuevas inquietudes de salud o una enfermedad actual, la visita completa puede considerarse una visita de tratamiento médico y no estaría cubierta como atención preventiva. Se le pedirá que pague el copago o coseguro del consultorio médico del plan.

Para obtener una lista completa de los beneficios de atención preventiva, visite nuestro sitio web en unitedag.org/preventivecare, comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 800.223.4590 o envíe un correo electrónico a memberivces@unitedag.org.

Evite Cargos de Sorpresa

Si bien la atención preventiva tiene como objetivo prevenir enfermedades o detectar problemas antes de que aparezcan síntomas, tenga en cuenta que la atención médica de diagnóstico es diferente. La atención médica de diagnóstico diagnostica y trata problemas basándose en los síntomas o como seguimiento de resultados anormales de las pruebas. Cualquier prueba necesaria, incluidas mamografías o colonoscopias de seguimiento, se considera diagnóstica y está sujeta a responsabilidades de costos compartidos, como coseguro o deducible.

Si le van a hacer una colonoscopia, hable con su médico sobre si será atención preventiva o diagnóstica. Las colonoscopias diagnósticas no se pagan al 100%. Puede llamar a Servicios para Miembros para confirmar cómo se aplicará un servicio preventivo o de diagnóstico a sus beneficios. Si se encuentran pólipos en el momento de una colonoscopia preventiva, aún la permitiremos como preventiva; a menos que no le extirpen los pólipos en el momento del servicio y regrese por segunda vez, eso se consideraría diagnóstica.

Entendiendo de la Autorización Previa

Ciertos servicios médicos deben ser aprobados previamente por UnitedAg (UABT) antes de que pueda recibir atención. Si no obtiene una autorización previa para los servicios, su procedimiento podría ser denegado o pospuesto.

Hable con su proveedor sobre la autorización previa siempre que se recomiende un servicio médico. Todas las admisiones de pacientes hospitalizados requieren autorización previa. El consultorio de su médico debe llamar al número de teléfono de "Autorización previa" (indicado en el reverso de su tarjeta de identificación de UABT antes de la admisión en un hospital o centro de internación). Para obtener autorización previa en California, comuníquese con Blue Shield of California. Para fuera de California, llame a UnitedAg.

Las admisiones de emergencia requieren un aviso de 48 horas. Si su proveedor o UnitedAg no le notifican que su autorización previa ha sido aprobada, consulte con Servicios para Miembros antes de recibir la atención.

Si su proveedor determina que se necesita atención adicional más allá de los servicios o del período de tiempo originalmente autorizado, debe solicitar una extensión a UnitedAg.

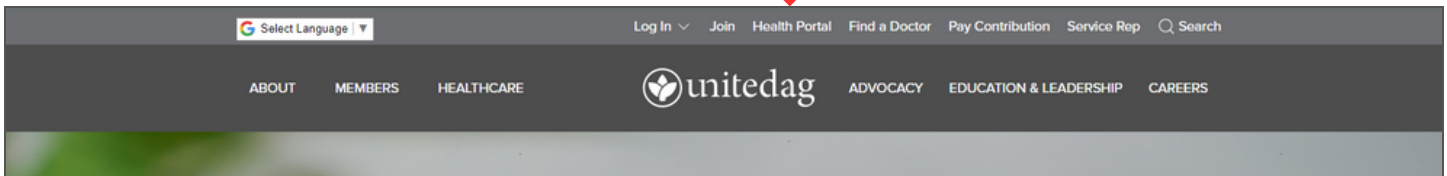
Sanción por incumplimiento. Si no se completa la autorización previa para pacientes hospitalizados o la notificación de admisión de emergencia, los beneficios pagaderos de otro modo se reducirán en un 50%. Cualquier gasto adicional que se convierta en su responsabilidad por no cumplir con los requisitos no se considerará Gasto Cubierto y no se aplicará a ningún Deducible o Desembolso Máximo del Plan.

Servicios que Requieren Autorización Previa

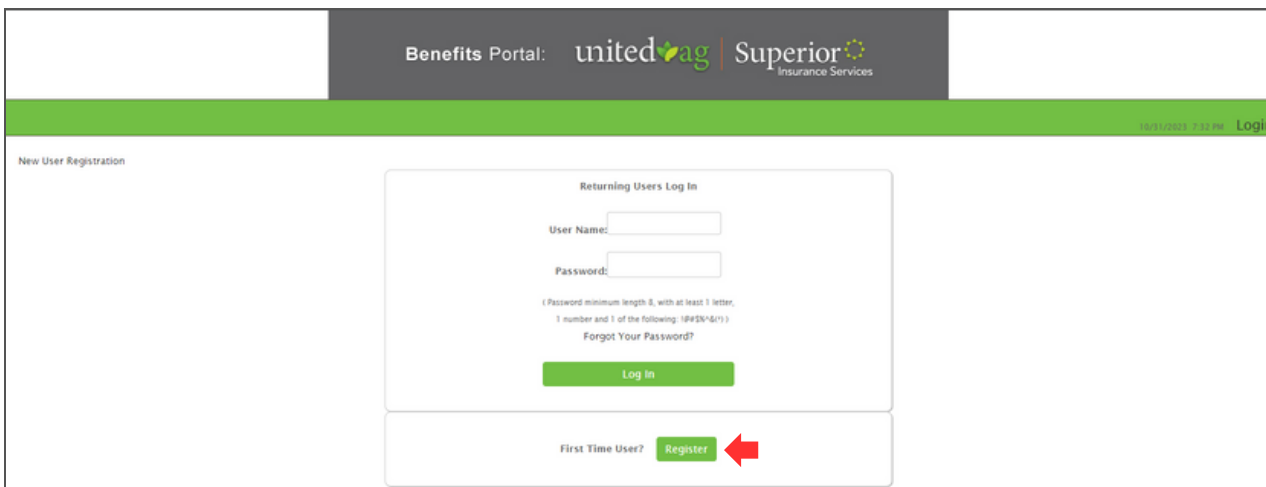
- Ambulancia, no emergencia, aire y tierra
 - Analisis Conductual Aplicado o ABA – autismo
 - Atención dental resultante de un accidente
 - Atención de rutina asociada a ensayos clínicos
 - Biorretroalimentación
 - Blefaroplastia
 - Analisis Conductual Aplicado o ABA – autismo
 - Anestesia (con prueba de Colonoscopia)
 - Cirugía Bariátrica
 - Cirugía: hospital de paciente interno, centro quirúrgico independiente y centros de cirugía ambulatoria (no incluye los procedimientos del consultorio del médico)
 - Dental / Anestesia - Servicios de cirugía ambulatoria hospitalaria
 - Diálisis (ambulatoria y diálisis domiciliaria)
 - Equipo médico duradero de más de \$ 1,000 en costo
 - Evaluaciones, servicios y procedimientos de trasplante
 - Hospitalización para pacientes hospitalizados, incluido el hospicio para pacientes hospitalizados (sin incluir el permanecer de observación, que es menos de dos (2) medianoche)
 - Implantes cocleares
 - Inyecciones de botox (Para tratamientos que no sean cosméticos)
 - Medicamentos recetados, como se indica en el Formulario
 - Medicamentos especiales administrados en un consultorio o ambulatorio
 - Niveles de atención o confinamiento que no sean para pacientes internados: Residencial, Hospitalización parcial, Servicios ambulatorios intensivos, Centro de enfermería especializada e Centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados
 - Procedimientos de cirugía plástica o reconstructiva, incluida la cirugía de reconstrucción mamaria después de una mastectomía
 - Prótesis
 - Prueba genética
 - Radioterapia - ambulatoria y ambulatorial
 - Resonancia Magnética (mama)
 - Seguro de enfermedad
 - Quimioterapia – paciente externo y interno
 - Terapia de infusión
 - Venas Varicosas (Varices)
- Pueden aplicarse exclusiones adicionales. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información al 800.223.4590 o memberservices@unitedag.org.**

Acceso al Portal de Salud de UnitedAg

1. Visite unitedag.org y haga clic en el enlace **Portal de salud** en la barra de navegación superior. También puede acceder directamente al portal de salud en línea visitando: unitedag.org/healthportal.



2. Luego llegará al **Portal de Salud de UnitedAg**. Si no tiene un inicio de sesión, haga clic en el botón **Registrarse** debajo de Iniciar sesión.



3. Necesitará la siguiente información para registrarse como empleado:

- Nombre del Administrador: United Agribusiness League
- Nombre y apellido
- Fecha de Nacimiento
- Identificación de miembro #
- Nombre del grupo empleador (Nombre de la empresa)

4. ¿A qué puedo acceder en el Portal de Salud?

- Ver su Explicación de Beneficios (EoB)
- Imprimir tarjetas de identificación temporales
- Descargar formularios
- Comuníquese con el representante de inscripciones a través de nuestro sistema de mensajes seguros.

El Servicio de Portavoz del Miembro

Simplificando y Personalizando A Nuestros Miembros la Experiencia de Salud Médica

En un mundo acelerado, es difícil mantenerse al tanto de las reglas y regulaciones de la atención médica que cambian constantemente. Esto significa que nuestros miembros tienen menos tiempo para dedicar a averiguar los detalles de sus beneficios de salud. Con esto en mente, hemos desarrollado el Servicio de Portavoz del Miembro para ayudar a nuestros miembros. La misión del Servicio de Abogacía es ayudar a nuestros miembros a navegar a través del mundo cada vez más complejo de la atención médica.

Sobre el Programa

El Servicio del portavoz del Miembros está diseñado para trabajar directamente con nuestros miembros para ayudar a resolver una variedad de problemas relacionados con la atención médica y los seguros. El portavoz sirven como enlace con los proveedores de atención médica, los socios de la red y los servicios comunitarios relacionados con la salud. Permanecen involucrados hasta que todos los problemas se resuelvan por completo y también estén disponibles para atender cualquier necesidad de seguimiento.

- Avisos de colección
- Cita Quirúrgica / Cancelación de Autorización
- Información y comunicaciones para miembros
- Medicamentos negados
- Asistencia financiera para medicamentos
- Asistencia del proveedor

¿Cómo podemos ayudar?

Nuestros portavoces de miembros son expertos que pueden ayudarlo a resolver sus problemas de atención médica. Ahorre tiempo comunicándose con ellos al **800.223.4590** o envíe un correo electrónico a memberadvocate@unitedag.org para comenzar.

¿Busca una respuesta rápida a una pregunta sencilla relacionada con los beneficios? Envíenos un mensaje de texto y un miembro del equipo de Servicios para Miembros le responderá en menos de 2 minutos (durante el horario comercial normal).

Línea de mensajes de texto: 949.524.4877

Preguntas Frecuentes

¿Cómo Cambio mi Dirección o Hago otros Cambios?

Deberá comunicarse con su empleador y completar un Formulario de cambio de empleado que está disponible en nuestro sitio web. También puede comunicarse con nuestro equipo de Servicios para Miembros para realizar cambios adicionales, tales como: actualizaciones de direcciones, cambios / correcciones de DOB y correcciones de nombres.

¿Qué es un período de inscripción especial?

Solo califica para una "Inscripción especial", que permite que se realicen cambios específicos en su plan de beneficios si ha tenido un evento significativo en su vida que lo califica para un período de inscripción especial. Los eventos pueden incluir la pérdida involuntaria de la cobertura de salud (si ha renunciado previamente a la cobertura con UnitedAg), un matrimonio o sociedad doméstica (se requiere una declaración jurada ante notario para todas las parejas domésticas), el nacimiento de un hijo o la adopción de un hijo, la pérdida de un dependiente, la obtención de la ciudadanía, divorciarse de su cónyuge.

Si cree que es elegible para un período de inscripción especial, deberá hablar con su empleador o con el patrocinador del plan para que puedan solicitar los cambios. No se demore porque la mayoría de los períodos de inscripción especial solo están disponibles durante 31 días a partir de la fecha en que ocurre el evento de la vida.

¿Cómo maneja UnitedAg las quejas?

Nuestro Equipo de Servicios para Miembros y Portavoz está aquí para ayudarlo. Si cree que tiene una queja / reclamo con respecto a algún aspecto de la atención o el servicio brindado por nuestros proveedores contratados, llame al **800.223.4590**. ¡Estarán encantados de escucharte y ayudarlo a comprender o explicar cuándo, qué y por qué!

¿Qué distingue a UnitedAg como un plan de salud patrocinado por un empleador?

En muchos sentidos, un fideicomiso funciona como un proveedor de beneficios de salud. Cumplimos con muchas de las mismas leyes y regulaciones, y brindamos beneficios médicos similares y cobertura de medicamentos recetados. Lo que nos hace diferentes es que somos una organización sin fines de lucro que está gobernada por nuestros miembros. Respondemos a las solicitudes de nuestros miembros y enfocamos nuestra innovación en función de las necesidades de nuestros miembros. Nuestra Junta está formada por empleadores que también participan en el Plan de Salud, que son elegidos por todos los miembros.

Me cambio de mi proveedor anterior a UnitedAg y necesito medicamentos. ¿Qué tengo que hacer?

Todos los medicamentos regulares pasan por Costco Health Solutions. Deberá llamar a Costco Health Solutions al **877.908.6024** y un nuevo coordinador de atención al paciente lo inscribirá y enviará una solicitud de receta al médico. También puede inscribirse en CHS en [costcohealthsolutions.com](https://www.costcohealthsolutions.com).

Todos los medicamentos especializados pasan por nuestro programa especializado, Costco Specialty Services. Deberá llamar a Costco Specialty Service al **866.443.0060** y un nuevo coordinador de atención al paciente lo inscribirá y enviará una solicitud de receta al médico.

Preguntas Frecuentes

¿Qué pasa si no hay proveedores dentro de la red disponibles en mi área?

Si no hay ningún proveedor dentro de la red (dentro de un radio de 50 millas) que pueda realizar el servicio cubierto médicamente necesario que necesita, su proveedor fuera de la red puede enviarnos una carta de necesidad médica para que la revisemos. Debe obtener la aprobación antes de recibir los servicios.

NOTA: Tenga en cuenta que cuando se cubra la atención fuera de la red, se pagará a nuestra tarifa máxima permitida. Los proveedores pueden decidir facturarle por cualquier monto que supere lo que pagamos. Esto se denomina "facturación de saldo" y está prohibido en nuestros contratos con proveedores dentro de la red.

¿Cómo puedo saber si mi medicamento es un medicamento especializado?

Se recomienda a los miembros que se comuniquen con Costco Specialty Service al **866.443.0060**. También pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros de UnitedAg para ayudar a determinar si su medicamento es un medicamento de especialidad llamando al **800.223.4590**.

Mi medicamento requiere autorización. ¿Puede la autorización de mi Gerente de Beneficios de Farmacia anterior transferirse a Costco Health Solutions / UnitedAg?

No. Las autorizaciones previas de PBM anteriores no son transferibles a Costco o Costco Specialty Service. Puede comenzar con Costco Specialty Service llamando al **866.443.0060**.

¿Quién comienza mi proceso de autorización?

En el formulario, los medicamentos que requieren autorización previa para su cobertura están marcados con "PA" junto al medicamento. Su médico envía la solicitud de autorización previa en su nombre. Costco Health Solutions revisará la solicitud de autorización previa dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la información completa de su médico.

Para cualquier otro medicamento que necesite una autorización previa, su proveedor puede llamar a Costco Health Solutions al 877.908.6024 para iniciar el proceso de autorización previa o puede comunicarse con Servicios para Miembros de UnitedAg al 800.223.4590 para obtener ayuda.

Mi medicamento necesita una autorización previa, pero necesito mi medicamento ahora, ¿qué puedo hacer?

Comuníquese con Servicios para miembros de UnitedAg al **800.223.4590**. Ellos lo ayudarán con una anulación de excepción por única vez mientras Costco Health Solutions / Costco Specialty Service procesa la autorización previa de sus medicamentos (regulares y de especialidad).

¿Por qué mi procedimiento / tratamiento / cirugía no está autorizado?

Su proveedor médico recibe una explicación de por qué se niegan los servicios, muchas veces no se niegan los servicios pero están pendientes de recibir información adicional de usted o del proveedor. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicio para Miembros al **800.223.4590** y ellos pueden ayudarlo contactando al departamento de autorización de proveedores de la red y lo ayudarán a obtener mayor claridad sobre el estado de la autorización.

¿Por qué mi EOB muestra un rango de fechas de servicio?

Su EOB refleja una compilación de 10 días de reclamos procesados para ese rango de fechas de servicio.

Preguntas Frecuentes

¿Cómo determina UnitedAg si mi reclamo es posiblemente un accidente?

Los examinadores revisarán una reclamación al momento de sumisión. Si el reclamo se presenta un posible diagnóstico de accidente, el examinador emitirá una carta pendiente al miembro que solicita los detalles del accidente. En este momento, el examinador también puede solicitar si el accidente está relacionado con el trabajo o las circunstancias del accidente. Una vez que se hayan recibido los detalles del accidente, nuestro Departamento de Reclamaciones los revisará, si se requiere información adicional, emitiremos una carta solicitando la información necesaria, como un embargo preventivo, un informe policial, notas del consultorio médico, etc.

¿Se requiere información diferente para una lesión / accidente en comparación con un accidente automovilístico?

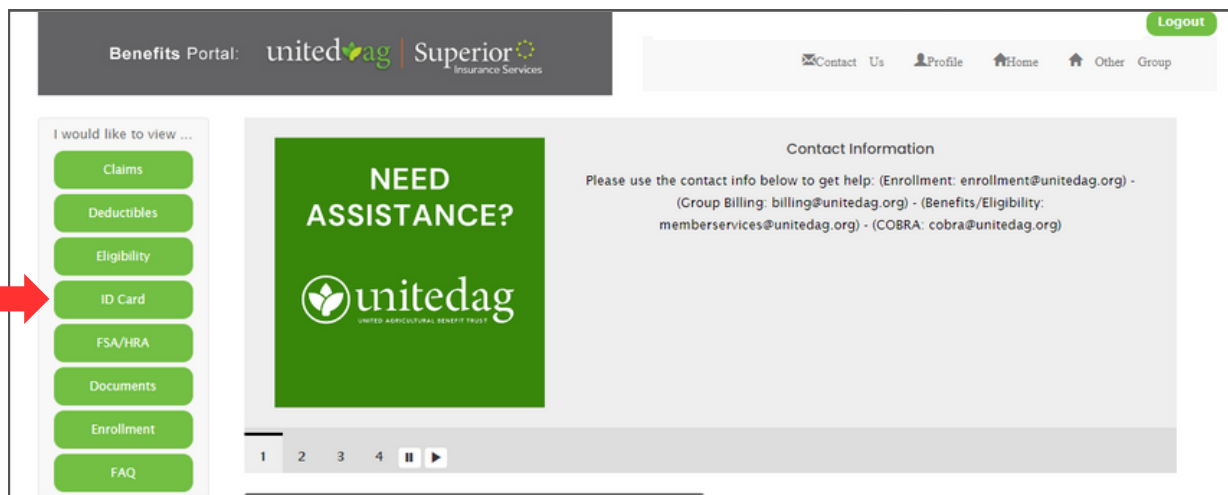
Accidente / Posible accidente / accidente en vehículo motorizado - requerirá toda detalles del accidente. accidente en vehículo motorizado también requerirá una copia del informe policial que se presentará (si corresponde) y derecho de retención firmado.

¿Cómo puedo tener acceso a la EoB de mi hijo que es mayor de 18 años?

Para obtener acceso a las EoB de su hijo, debe completar el Formulario de PHI que está disponible en el portal para miembros y debe enviarse por correo electrónico a hipaaprivacy@unitedag.org o por fax al 949.892.1352. También puede acceder a este formulario sin tener que iniciar sesión visitando unitedag.org/hipaaprivacy.

How can I request a New ID Card or print a Temporary ID Card?

Ingrese a nuestro Portal de salud para miembros en unitedag.org/healthportal y haga clic en el botón de ID Card en el menú de la izquierda. Luego verá 2 botones para **Print Temporary ID Card** o **Request ID Card** (que se muestra a continuación).



Cómo Comprender su Explicación de Beneficios (EOB)

Su **Explicación de Beneficios (EOB)** tiene detalles sobre sus beneficios de atención médica. Recibirá una EOB por correo después de visitar a un médico o buscar tratamiento médico. Asegúrese de leer detenidamente sus EOB y guárdelo siempre para futuras consultas. A continuación se muestra una muestra de una EOB con explicaciones de cada elemento.

- Nombre del Grupo:** Nombre del empleador del miembro suscrito asociado con UnitedAg.
- Número de Grupo:** Número del empleador del miembro suscrito asociado con UnitedAg.
- ID de miembro:** El número de identificación único de UnitedAg del miembro (suscritor).
- Dirección postal del Paciente:** La dirección a la que se envió el EoB en conexión al paciente. (Los pacientes mayores de 18 años recibirán su propio EoB y se enviarán por correo a su dirección en el archivo)
- Período de Servicio:** Este rango de fechas son las fechas reales de servicio de los reclamos recibidos y procesados

5 For Dates of Service: **11/02/2021 thru 11/13/2021**

Total Billed Amount	This is the total amount your provider(s) charged for services received from 11/02/2021 through 11/13/2021
\$1,234.03	
Total Amount Paid By Plan	This is the amount the plan paid on your behalf for services you received. Please see the claim detail section below for more information.
\$49.17	
Your Financial Responsibility	This is the amount the provider(s) of service may bill you after your health plan benefits were paid. Typically a plan participant may be billed by the provider of service because they may have a deductible, co-pay, coinsurance (%), or the service is not covered by the health plan. Amounts shown here do not reflect any payments made at the point of service. A breakdown of your total financial responsibility is shown in the claim detail for each member.
\$446.91	

6 **Claim Summary**

Claim #	Dates of Service	Patient Name	Billed Amount	Discount Amount	Ineligible Amount	Allowed Amount	Deductible Amount	Co-Pay Amount	Pre-Paid Other Ins.	Plan Payment	Patient Responsibility
2021-XXXXXXX-0000	11/02/2021-11/02/2021	John John	\$649.03	\$368.58	\$0.00	\$280.45	\$280.45	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$280.45
2021-XXXXXXX-0000	11/08/2021-11/08/2021	John John	\$193.00	\$98.83	\$0.00	\$94.17	\$0.00	\$45.00	\$0.00	\$49.17	\$45.00
2021-XXXXXXX-0000	11/11/2021-11/11/2021	John John	\$270.00	\$148.54	\$0.00	\$121.46	\$121.46	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$121.46
2021-XXXXXXX-0000	11/13/2021-11/13/2021	John John	\$122.00	\$122.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Column Totals			\$1,234.03	\$737.95	\$0.00	\$496.08	\$401.91	\$45.00	\$0.00	\$49.17	\$446.91

- Resumen de Reclamo:** Resumen de los reclamos incurridos dentro del período de servicio.
- Fechas de Servicio:** Fechas en que se trató al paciente.
- Nombre del Paciente:** Miembro que recibió servicios de beneficios bajo esta explicación.
- El Monto Facturado:** El monto facturado por los servicios recibidos.
- El Monto Descuento:** Este es el descuento de la red.
- El Monto no Elegible:** Monto que no es elegible para los beneficios bajo el Plan.
- El Monto Permitido:** El monto total facturado menos el descuento de la red por cada servicio de beneficios recibido según el Plan.
- El Monto Deducible:** La cantidad de gasto cubierto en la que debe incurrir un determinado miembro antes de que se paguen los beneficios de acuerdo con los términos del Plan.
- Monto del Copago:** Cantidad aplicada al copago y / o deducible del paciente.
- Prepago por otro Seguro:** Monto pagado por otro plan de seguro.
- Plan de Pago:** Pago total enviado al proveedor y / o miembro por UnitedAg.
- Responsabilidad del Paciente:** El saldo restante adeudado / adeudado al proveedor después del copago, el total permitido y el descuento de la red se han aplicado al reclamo. A cargo del miembro directamente al proveedor.

54 Corporate Park Irvine, CA 92606 • 800.223.4590 • unitedag.org • memberservices@unitedag.org

Cómo Comprender su Explicación de Beneficios (EOB)

18	19	20	21	26	27							
Claim: 2021-XXXXXX-0000		Member ID: 1234L56780		Oper #: 10		Provider: ADVENTIST HEALTH PHYSICIANS NE						
Patient: John John		Patient Account #: 1234567S123456		Provider #: 680357690								
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
Dates of Service	Procedure	Remark Code	Network	Billed Amount	Discount Amount	Ineligible Amount	Allowed Amount	Deductible Amount	Co-Pay Amount	Co-Insurance	Remaining Paid At	Payment Amount
11/11/2021-11/11/2021	PROCEDURE	1 13	1	\$270.00	\$148.54	\$0.00	\$121.46	\$121.46	\$0.00	\$0.00	70%	\$0.00
Column Totals				\$270.00	\$148.54	\$0.00	\$121.46	\$121.46	\$0.00	\$0.00		\$0.00
Patient Responsibility to Provider...				\$121.46								

- 18. Detalle de Reclamo:** Información detallada sobre los reclamos dentro del período de servicio y con las reclamaciones enumeradas en el Resumen de reclamaciones (consulte el punto 5).
- 19. Número de Reclamo:** Numero único asignado a su reclamo por UnitedAg, deberá referirse a este número cuando llame a UnitedAg con preguntas sobre su reclamo.
- 20. Número de Cuenta del Paciente:** Número de cuenta del paciente asignado por el proveedor.
- 21. Número de Operador:** Examinador de UnitedAg que procesó el reclamo.
- 22. Fechas de Servicio:** Fechas cuando el paciente fue tratado.
- 23. Procedimiento:** Tipo de servicio recibido del proveedor.
- 24. Código de Observación:** Cuando está presente, este código está conectado a notas (consulte el punto 27) que proporcionan información general sobre el reclamo.
- 25. Red:** La red vinculada a los beneficios utilizados para procesar el reclamo (consulte punto 29).
- 26. Proveedor:** Médico, ubicación o médico que prestó sus servicios de beneficios. Este también puede ser el servicio de facturación que produjo los cargos facturados identificados en el EoB.
- 27. Número de Proveedor:** El número de proveedor asignado.
- 28. Descripción del Código de Observación:** Notas detalladas que ayudan a explicar los ajustes asociados con el reclamo.

28	Remark Code	Description
1	Applied To Deductible	
13	PPO Benefits Applied	
15	Co-Benefits Applied	

Description	Accumulators	
	Plan Max Amount	Remaining Amount
Individual In-Network Deductible	\$0.00	\$6,291.16
Individual In-Network Out Of Pocket	\$0.00	\$6,291.16

30 Network Information

1 These claims are being paid pursuant to your contract with Blue Shield of California. Blue Shield of California, an independent member of the Blue Shield Association, provides network access, but no network access is available from Blue Cross Blue Shield plans outside of Blue Shield of California's service area. Blue Shield of California provides no claims payment services and does not assume financial risk or obligation with respect to claims.

31 Appeal Rights

APPEAL RIGHTS
 The expiration of benefits may serve as notice of an adverse benefit determination. If your health benefit plan declines to provide benefits, to waive or to not pay for the requested treatment or service described and if you wish to appeal, you may request a review of your determination from the right to appeal Administrative Review Unit at 800.223.4590.

Right to Appeal: Your appeal rights are explained in your Summary Plan Description. You may request a review of your determination from the right to appeal Administrative Review Unit at 800.223.4590.

Appeal to Review: If you disagree with the decision of the initial benefit review, you have the right to appeal to your Plan's Board of Trustees within 180 days of the date of the result of the benefit administrator's response. You can request documentation to support your appeal including but not limited to additional medical records and reports. You may also request a hearing. The Board of Trustees will conduct the appeal and will issue a final decision. The hearing will be held at a time and place to be determined by the Board of Trustees. The hearing will be held at a time and place to be determined by the Board of Trustees. The hearing will be held at a time and place to be determined by the Board of Trustees.

Administrative Review: If you disagree with the decision of the Board of Trustees, you may have the right to send your appeal to the Administrative Review Unit at 800.223.4590. The Administrative Review Unit will review your appeal and will issue a final decision. The Administrative Review Unit will review your appeal and will issue a final decision. The Administrative Review Unit will review your appeal and will issue a final decision.

Other resources for you: You may also request a hearing from the U.S. Department of Labor by contacting the Health Care Financing Administration at 1-800-455-4774. You may also request a hearing from the U.S. Department of Labor by contacting the Health Care Financing Administration at 1-800-455-4774. You may also request a hearing from the U.S. Department of Labor by contacting the Health Care Financing Administration at 1-800-455-4774.

DERECHOS DE APELACION
 Este Plan de Beneficios puede ser una opción de un seguro de salud que incluye beneficios de salud. Si no puede obtener beneficios, puede solicitar una apelación. Los derechos de apelación se describen en el Resumen de Plan de Beneficios. Si desea solicitar una apelación, debe hacerlo dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la decisión de la Administración de Beneficios. Si desea solicitar una apelación, debe hacerlo dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la decisión de la Administración de Beneficios. Si desea solicitar una apelación, debe hacerlo dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la decisión de la Administración de Beneficios.

Apelación de Revisión: Si no está de acuerdo con la decisión de la Administración de Beneficios, tiene el derecho de apelar al Consejo de Fideicomisarios de su Plan de Beneficios dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la decisión de la Administración de Beneficios. Puede solicitar documentación que respalde su apelación, incluyendo pero no limitado a registros médicos adicionales y reportes. También puede solicitar una audiencia. El Consejo de Fideicomisarios llevará a cabo una audiencia y emitirá una decisión final. La audiencia se llevará a cabo a una hora y lugar que se determine por el Consejo de Fideicomisarios. La audiencia se llevará a cabo a una hora y lugar que se determine por el Consejo de Fideicomisarios. La audiencia se llevará a cabo a una hora y lugar que se determine por el Consejo de Fideicomisarios.

Revisión Administrativa: Si no está de acuerdo con la decisión del Consejo de Fideicomisarios, puede tener derecho a enviar su apelación a la Revisión Administrativa. La Revisión Administrativa revisará su apelación y emitirá una decisión final. La Revisión Administrativa revisará su apelación y emitirá una decisión final. La Revisión Administrativa revisará su apelación y emitirá una decisión final.

Otros recursos para usted: También puede solicitar una audiencia ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos llamando al 1-800-455-4774. También puede solicitar una audiencia ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos llamando al 1-800-455-4774. También puede solicitar una audiencia ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos llamando al 1-800-455-4774.

29. Acumulación de Deducibles y Gastos de Bolsillos: Información que describe el deducible individual dentro de la red y los gastos de bolsillo permitidos y restantes para el año del plan.

30. Información de Red: Información en la red bajo la cual se pagó el reclamo.

31. Derechos de Apelación del Paciente: Información que describe los derechos del paciente para apelar cualquier determinación de beneficios y el proceso para hacerlo.

Si usted tiene preguntas, por favor comuníquese al Departamento de Servicio a Miembros al teléfono 800.223.4590 o email: memberservices@unitedag.org.



54 Corporate Park Irvine, CA 92606 • 800.223.4590 • unitedag.org • memberservices@unitedag.org

Definiciones Importantes

Deducible

Esta es la cantidad que debe por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan de UnitedAg comience a pagar. El deducible, que generalmente es un monto fijo en dólares por año calendario o evento. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su coseguro (porcentaje pagadero) se iniciará una vez que haya pagado \$1,000 para servicios de atención médica cubiertos sujetos a ese deducible. Los cargos que no califican como gastos cubiertos no pueden usarse para satisfacer ninguna parte del deducible del paciente. Sepa exactamente cómo funciona su deducible, ya que influye enormemente en cuánto pagará de su bolsillo.

Copago / Porcentaje de Pago

Existen copagos en ciertos planes. Un copago es un monto fijo que pagará por ciertos servicios de atención médica cubiertos (es decir, una visita al médico) que recibe de un proveedor de la red. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto. Por lo general, los copagos se aplican antes de que se cumplan los deducibles en la mayoría de los planes de beneficios, pero no siempre es así.

Coaseguro

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, calculado como un porcentaje del cargo descontado que UnitedAg ha negociado por el servicio. Si tiene un deducible, debe pagar primero su deducible. Una vez que se alcanza su deducible, usted paga un porcentaje de coseguro hasta que alcanza su máximo de desembolso.

Cantidad Máxima de Gastos

El término "Cantidad máxima de gastos" significa la cantidad máxima de gastos cubiertos que deberá pagar en un año calendario determinado, antes de que el Fideicomiso comience a pagar el 100% de los gastos cubiertos durante el resto de ese año. Su máximo de gastos de bolsillo incluye su deducible y el porcentaje de coseguro pagadero. Su plan también puede incluir cualquier copago aplicable para servicios médicos específicos. Sus máximos de desembolso pueden diferir para los servicios de proveedores contratados y no contratados.

En-Red

Los proveedores contratados para brindar servicios de atención médica, generalmente a una tarifa con descuento, se pueden encontrar en la parte inferior en el reverso de su tarjeta de identificación de UnitedAg. Para que los servicios se apliquen a sus beneficios, generalmente necesita permanecer dentro de la red a menos que se encuentre en una situación de emergencia o urgencia fuera de nuestra área de cobertura.

Fuera-de-la-Red

Un proveedor u hospital fuera de la red no está contratado dentro de nuestra red. Salir de la red podría significar que usted será responsable del costo total del servicio prestado a menos que se indique lo contrario en su Lista de Beneficios de Gastos. La atención fuera-de-la-red del plan no es un beneficio cubierto, excepto en circunstancias limitadas que incluyen emergencias o atención fuera de nuestra área de servicio. Si sale de la red, su factura puede ser más alta porque el proveedor o el hospital fuera de la red pueden facturarle los cargos por encima de lo que pagamos como nuestra cantidad máxima permitida de servicios.

Cómo Pagar Menos de su Bolsillo

Estancia en-Red

No importa si tiene un plan de copago o coseguro, ya que los proveedores de la red te ahorrarán dinero.

Elija el Propietario de Cuidado Adecuado

La atención en la sala de emergencias es la atención más cara que puede recibir. Si no está sufriendo una emergencia médica, tiene la opción de usar Teladoc a bajo costo o sin costo alguno (consulte los beneficios de su plan). La visita al consultorio de un médico es una buena opción y mucho menos costosa que la sala de emergencias. O bien, puede visitar uno de nuestra Clínica de salud regional de UnitedAg (para ubicaciones y horarios, visite: unitedag.org/wellness) o Atención de urgencia.

Conoce Tus Beneficios

Si no entiende sus beneficios de alguna manera, lo mejor que puede hacer es llamar a nuestro equipo de Servicios para Miembros de UnitedAg al **800.223.4590** para hacer preguntas antes de buscar tratamiento. Sea lo más específico posible sobre qué tipo de atención desea y por qué.

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Inesperadas

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

¿Qué es la "facturación del saldo" (a veces denominada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, coseguro y / o un deducible. Es posible que tenga otros costos o deba pagar la factura completa si visita a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" describe proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le llama "facturación del saldo." Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no se tenga en cuenta para el límite anual de desembolso personal.

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 un proveedor fuera de la red lo trata inesperadamente.

Está protegido contra la facturación del saldo de:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es la cantidad de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). **No se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia.** Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture en forma equilibrada por estos servicios de posestabilización.

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

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

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

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones frente a la facturación del saldo. Tampoco es necesario que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación del saldo, también tiene las siguientes protecciones:

Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro formaran parte de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.

Su plan de salud generalmente debe:

- Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener una aprobación para los servicios por adelantado (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
- Base lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red y muestre ese monto en su explicación de beneficios.
- Cuente cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de desembolso personal.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, puede comunicarse con United Ag al 800.223.4590 o visitar cms.gov/nosurprises/consumers o llamar al 800.985.3059 para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Derechos de los Miembros

UnitedAg (UABT) es un plan de salud patrocinado por un empleador sin fines de lucro y dirigido por sus miembros

Es importante para nosotros que comprenda sus derechos como miembro de UnitedAg. Nuestros miembros tienen derecho a:

- Tiene derecho a recibir información sobre UnitedAg, sus servicios, sus proveedores
- Tiene derecho a apelar cualquier decisión tomada por UnitedAg y recibir una respuesta dentro de los 30 días. Tiene 180 días para apelar una determinación adversa o apelar un reclamo denegado. Envíe su apelación a: UnitedAg, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606. (Consulte la Descripción resumida del plan de UnitedAg: unitedag.org/spd)

Como participante en la UABT, tiene derecho a ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, 29 U.S.C. 1001 et seq.). ERISA especifica que todos los Participantes del Plan tendrán derecho a:

1. Examine, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan, todos los Documentos del Plan y las copias de todos los documentos presentados por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU., como los informes anuales detallados y las descripciones del Plan.
2. Obtenga copias de todos los Documentos del plan y otra información del Plan mediante solicitud por escrito al Administrador del Plan. El administrador del plan puede hacer un cargo razonable por las copias.
3. Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El administrador del plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este Resumen de Informe Anual.

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

Si su reclamación de un beneficio es denegada, en su totalidad o en parte, debe recibir una explicación por escrito del motivo de la denegación. Tiene derecho a que el Plan revise y reconsidere su reclamo (Consulte la Parte XII, Sección 6). Bajo ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer cumplir los derechos anteriores. 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 exigir que el Administrador del Plan le proporcione los materiales y le pague hasta \$ 110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones fuera del control del Administrador del Plan.

Si sucediera que los fiduciarios del Plan hacen un uso indebido del dinero del Plan, o si un participante es discriminado por hacer valer sus derechos, puede solicitar la asistencia del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si el participante tiene éxito, el tribunal puede ordenar que la persona demandada pague estos costos y tarifas. Si el participante pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y aranceles, por ejemplo, si considera que la reclamación o la demanda son frívolas.

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 ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos que figura en su directorio telefónico; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina Regional de Los Ángeles, 1055 East Colorado Blvd., Suite 200, Pasadena, California 91101, 626.229.1000; o la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los EE. UU., 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

Responsabilidades de los Miembros

Es responsabilidad de nuestros miembros:

- Cumplir con todas las disposiciones descritas en la Descripción resumida del plan y en el Programa de beneficios de gastos, incluidos los requisitos de autorización previa.
- Conocer y confirmar sus beneficios antes de recibir tratamiento.
- Muestre su tarjeta de identificación antes de recibir servicios de atención médica.
- Proporcionar información precisa, en la medida de lo posible para hacer una determinación de cobertura informada.
- Usar proveedores e instalaciones afiliadas a la red de su plan de salud para obtener beneficios y servicios de atención médica, excepto cuando los servicios estén autorizados o permitidos por su plan de salud, o en caso de emergencias.
- Pagar copagos, coseguros y deducibles apropiados a los proveedores y / o instalaciones participantes cuando se reciben los servicios.

Aviso de Privacidad

Como miembro de UnitedAg, usted tiene ciertos derechos. Uno de estos es el derecho a la confidencialidad. La confidencialidad significa que usted tiene derecho a que su información médica se mantenga privada. Esta información no puede ser divulgada sin su permiso. En UnitedAg, nos tomamos muy en serio la confidencialidad.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) y sus reglamentos de implementación restringen la capacidad de UnitedAg para usar y divulgar información médica protegida. La política de privacidad de UnitedAg se aplica a UnitedAg, su Junta de Fideicomisarios, el Administrador del Plan, los empleados, los representantes de servicio y cualquier tercero que asista en la administración de los reclamos de UnitedAg.

Información de Salud Protegida. Información de salud protegida significa información creada o recibida por el Plan y que se relaciona con la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de un participante; la provisión de asistencia médica a un participante; o el pago pasado, presente o futuro por la provisión de atención médica a un participante; y eso identifica al participante o para el cual existe una base razonable para creer que la información se puede usar para identificar al participante. La información médica protegida incluye información de personas que viven o fallecieron.

UnitedAg entiende que la información médica sobre la salud del paciente es personal. UABT se compromete a proteger la información médica del paciente. UABT crea y protege los registros de reclamos de atención médica reembolsados conforme al plan de beneficios.

UnitedAg cree que todos los pacientes mayores de dieciocho (18) años de edad tienen derecho a la privacidad con respecto a su atención médica.

El médico personal o el proveedor de atención médica del paciente pueden tener diferentes políticas o avisos sobre el uso y la divulgación de información médica creada por el médico en el consultorio o clínica del médico.

Se requiere por ley que UnitedAg se asegure de que la información médica que identifica al paciente se mantenga privada, notifique al paciente sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre el paciente, y siga los términos de la política actualmente vigente. efecto.

Para obtener más información, consulte la Descripción resumida del plan: unitedag.org/spd

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800.223.4590.



54 Corporate Park
Irvine, CA 92606
800.223.4590
unitedag.org

Encuétranos en las redes sociales



[Facebook](#)



[Instagram](#)



[LinkedIn](#)



[Twitter](#)