



**YOUR HEALTH BENEFITS**

# **SUMMARY PLAN DESCRIPTION**

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

54 Corporate Park, Irvine, CA 92606 | 800.223.4590 | [unitedag.org](http://unitedag.org)

Rev. 01.01.24

# UABT

## Summary Plan Description and Plan Document...

### Table of Contents

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

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

47	Leave of Absence	27
48	“Legal Separation” and/or “Legally Separated”	27
49	Major Diagnostic Procedure	27
50	Maximum Allowable Charge	27
51	Medical Emergency	28
52	Medical Record Review	28
53	Mental or Nervous Disorder	28
54	Mexico Panel	28
55	Necessary Services and Supplies	28
56	Non-Contracting Providers and Hospitals	29
57	Nurse	29
58	Occupational Therapy	29
59	Obesity Treatment	29
60	Other Plan	29
61	Out-of-Pocket Maximum	30
62	Percentage Payable	30
63	Peer Review	30
64	Per Cause	30
65	Per Confinement	30
66	Per Disability	30
67	Physician’s Assistant	30
68	Preventative Care	30
69	Provider	31
70	Psychological or Psychiatric Services	31
71	Qualifying Payment Amount (QPA)	31
72	Reasonable or Reasonableness	31
73	Rehabilitation Hospital	31
74	Residential Treatment Coverage	32
75	Semi-Private Room	32
76	Skilled Nursing Facility	32
77	Special Provision (Circumstances)	32
78	Subrogation	32
79	Substance Abuse/Substance Use Disorder	32
80	Transparency and Surprise Medical Bills also known as the “No Surprise Act”	32
81	Telemedicine	33
82	The Plan	33
83	Total Disability or Totally Disabled	33
84	Transplant Procedures	33
85	Treatment Therapies	33
86	Urgent Care	33
87	Usual and Customary Fees	34

**Part VI      *General Provisions and Limitations*      35**

1	Limits on Covered Expense	35
---	---------------------------	----

2	General Exclusions	35
3	Third Party Liability Exclusion	36
4	Non-Panel Services Incurred Outside the U.S.	36
5	Right of Recovery	36
6	Facility of Payment	37
7	Right to Determination	37
8	Ineligible Provider	37
9	Examinations and Autopsies	37
<b>Part VII</b>	<b>Coordination of Benefits (C.O.B.)</b>	<b>38</b>
1	Excess Benefit Coverage/Insurance	38
2	Vehicle Limitation	38
3	Order of Benefit Determination	38
4	Right to Receive and Release Necessary Information	39
5	Facility of Payment	39
6	Right of Recovery	39
7	Medicare Coordination	39
8	Coordination within the Plan	39
9	Cost Containment and Case Management	39
<b>Part VIII</b>	<b>Third Party Recovery, Subrogation and Reimbursement</b>	<b>41</b>
1	Payment Condition	41
2	Subrogation	41
3	Right of Reimbursement	42
4	Participant is a Trustee Over Plan Assets	42
5	Release of Liability	43
6	Excess Health Benefit Coverage/Insurance	43
7	Separation of Funds	43
8	Wrongful Death	43
9	Obligations	43
10	Offset	44
11	Minor Status	44
12	Language Interpretation	44
13	Severability	44
<b>Part IX</b>	<b>Your Life Insurance Benefits</b>	<b>45</b>
1	Retiree Limitation	45
2	Beneficiary	45
3	Change of Beneficiary	45
4	Consent of Beneficiary	45
5	Optional Methods of Settlement	45
6	Dependent Life Insurance Benefits	45
7	Continuation of Life Insurance Benefits	45
8	Continuation of Dependent Life Insurance	46

<b>Part X</b>	<b>Pharmacy Benefit Network</b>	<b>47</b>
	1 Pharmacy Benefit Network	47
	2 Panel Pharmacy Services	47
	3 Mail Order Pharmacy	47
	4 Specialty Medications	47
	5 Appeals of Denied/Adverse Benefit Determinations	47
	6 Copayment Assistance Programs	47
<b>Part XI</b>	<b>Medical Plan Benefits</b>	<b>48</b>
	1 Not Covered Medical Expenses	48
	2 Hospital Charges (In Patient)	49
	3 Hospital Charges (Outpatient) and Out Patient Surgical Centers	49
	4 Convalescent Hospital, Skilled Nursing Facility or Extended Care Facility	49
	5 Professional Ambulance Service	49
	6 Doctor Care	50
	7 Surgery and Anesthesia	50
	8 Technician, Laboratory or Clinic Fees for Diagnostic Tests	50
	9 Pharmacy Charges	50
	10 Formulary Drugs	50
	11 Orphan Drugs, Products and Devices	50
	12 Nursing Services	50
	13 Cobalt, Chemotherapy or Radiotherapy Expense	51
	14 Physical Therapy, Speech Therapy and Acupuncture	51
	15 Medical Supplies and Durable Therapeutic	51
	16 Prosthetic Devices	51
	17 Psychological Services, Mental and Nervous Disorders	51
	18 Home Health Services	52
	19 Hospice Care	52
	20 Special Rights Upon Childbirth	52
	21 Genetic Information	52
	22 Family Planning Services	52
	23 Genetic Testing	52
	24 Preventive Care	52
	25 Routine Patient Costs for Participation in an Approved Clinical Trial	53
	26 Smoking Cessation	54
	27 Transplants	54
	28 Elective Abortion	54
	29 Hormone Replacement Therapy	55
	30 Gender Identity Disorder Treatment	55
<b>Part XII</b>	<b>Dental Plan Benefits</b>	<b>56</b>
	1 Deductible	56
	2 Percentage Payable	56
	3 Plan Maximum	56

	4	Alternate Dental Procedures	56
	5	Preventative Dental Services	56
	6	Basic Dental Services	56
	7	Major Dental Services	57
	8	Orthodontia	57
<b>Part XIII</b>		<b>Vision Plan Benefits</b>	<b>59</b>
	1	Vision Copayment Amount	59
	2	Vision Benefit Maximum Amount	59
	3	Vision Plan Benefits	59
<b>Part XIV</b>		<b>Claims for Benefits</b>	<b>61</b>
	1	How to File a Claim for Medical, Prescription Medication, Dental or Vision Benefits	61
	2	Claims Procedures	61
	3	Health Claims Payment	61
	4	Life and Accidental Death/Dismemberment Claims	62
	5	Claim Filing Deadlines	62
	6	Claim Denial Procedure for Medical, Prescription Medication, Dental or Vision Claims	62
	7	Adverse Benefit Determination	62
	8	Review and Appeal Procedures for Denied Prescription Medication	62
	9	Review and Appeal Procedures for Denied Medical, Prescription Medication, Dental or Vision Claims	62
	10	Independent Review	63
	11	Appeal Procedure for Denied Life Insurance Benefits	63
	12	Claim Information and Service	63
	13	Appointment of Authorized Representative	64
	14	Payment of Benefits	64
	15	Recovery of Payments	64
<b>Part XV</b>		<b>ERISA Information and Statement of Rights</b>	<b>66</b>
	1	Name and Type of Administration of the Plan	66
	2	Sponsor of the Plan	66
	3	Name and Address of the Trustee	66
	4	Name and Address of the Plan Administrator	66
	5	Name and Address of the Benefits Administrator	66
	6	Service of Legal Process	66
	7	Source of Financing of the Plan	66
	8	Name and Address of Stop Loss Insurance Carrier	66
	9	Name and Address of Health Maintenance Organizations	66
	10	Name and Address of Group Term Life Insurance Carrier	66
	11	Plan Fiscal Year	66
	12	Internal Revenue Service Number	67
	13	Amendments to Plan	67
	14	Plan Number	67

15	Fund Assets	67
16	Certain Rights Under ERISA	67
17	Certain Rights through the California Department of Insurance	67
<b>Part XVI</b>	<b>HIPAA and Notice of Privacy Practices</b>	<b>68</b>
1	Commitment to Protecting Health Information	68
2	Definitions	68
3	How Health Information May Be Used and Disclosed	68
4	Primary Uses and Disclosures of PHI	68
5	Disclosure of PHI to the Plan Sponsor for Plan Administration Purposes	69
6	Participant's Rights	69
7	Questions or Complaints	70
8	Contact Information	70
<b>Part XVII</b>	<b>HIPAA Security</b>	<b>71</b>
1	Disclosure of Electronic Protected Health Information ("Electronic PHI") to the Plan Sponsor for Plan Administration Functions	71
2	Definitions	71
3	UABT Obligations	71
4	Disclosure of Certain Enrollment Information to the Plan Sponsor	71
5	Disclosure of PHI to Obtain Stop-loss or Excess Loss Coverage	71
6	Resolution of Noncompliance	72
<b>Part XVIII</b>	<b>Federal Laws</b>	<b>73</b>
1	Pregnancy Discrimination Act	73
2	Genetic Information Nondiscrimination Act ("GINA")	73
3	Family and Medical Leave Act	73
4	Mental Health Parity Act of 1996 (MHPA) and Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008 (MHPAEA)	73
5	Qualified Medical Child Support Order (QMSCO)	74
6	The Newborns and Mothers Health Protection Act (NMHPA)	74
7	The Women's Health and Cancer Right's Act (WHCRA) Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act (USERRA)	74
8		74
9	Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills	74
<b>Part XIX</b>	<b>California Department of Insurance Notice</b>	<b>76</b>



# Summary Plan Description and Plan Document...

## Part I, Eligibility Provisions

### **Section 1, Who Is Eligible for Benefits?**

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

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

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

### **Section 2, Reinstatement of Coverage**

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

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

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

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

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

An ALE identifies its full-time employees based on each employee's hours of service (including paid leave).

Employers may determine the hours of service for hourly and non-hourly employees using either the monthly measurement method or the look-back method for different classifications of employees.

### **Section 4, Who Are Your Eligible Dependents?**

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

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

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

You and Your spouse must meet the following requirements:

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

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

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

To qualify as an eligible Domestic Partner:

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

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

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

### **Section 5, Age Limits of Dependent Children**

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

### **Section 6, Handicapped or Totally Disabled Children**

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

### **Section 7, Your Effective Date of Coverage**

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

### **Section 8, Your Dependents' Effective Date of Coverage**

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

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

## Section 9, Proof of Dependent Status

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

## Section 10, Late Enrollees

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

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

## Section 11, Open Enrollment

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

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

## Section 12, Special Late Enrollees

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

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

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

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

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

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

The following special enrollment conditions apply to any eligible Employee and Dependents:

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

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

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

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

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

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

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

### **Section 14, Rescission of Coverage**

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

### **Section 15, Who is Eligible for Dental Coverage?**

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

## **Part II, Termination of Coverage**

### **Section 1, When Your Coverage Ends**

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

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

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

### **Section 2, When Your Dependents' Coverage Ends**

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

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

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

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

## **Part III, Continuation of Coverage**

### **Section 1, Continuation after Employment Ends**

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

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

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

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

### **Section 2, Continuation during Family and Medical Leave Act Absence**

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

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

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

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

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

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

#### *(a) COBRA Continuation Coverage*

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

#### *(b) Qualifying Events*

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

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

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

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

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

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

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

*(c) Employer Notice of Qualifying Events*

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

*(d) Employee Notice of Qualifying Events*

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

These circumstances are any of the following:

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

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

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

*(e) Deadline for providing the notice*

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

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

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

- 1) The date of the disability determination by the SSA.
- 2) The date on which a Qualifying Event occurs.
- 3) The date on which the Qualified Beneficiary loses (or would lose) coverage under the Plan as a result of the Qualifying Event.
- 4) The date on which you or your qualified beneficiary is informed, through the furnishing of the Plan's SPD or the general notice, of both the responsibility to provide the notice. In any event, this notice must be provided within the first 18 months of COBRA Continuation Coverage.

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

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

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

*(f) Who Can Provide the Notice?*

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

*(g) Required Contents of the Notice*

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

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



14) A statement that the election notice does not fully describe COBRA or the plan and that more information is available from the Plan Administrator and in the SPD.

15) A certification that the information is true and correct, a signature and date.

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

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

*(h) Electing COBRA Continuation Coverage*

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

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

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

*(i) Waiver Before the End of the Election Period*

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

*(j) Duration of COBRA Continuation Coverage*

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

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

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

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

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

*(k) Disability Extension of COBRA Continuation Coverage*

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

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

*(l) Second Qualifying Event Extension of COBRA Continuation Coverage*

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

*(m) Extended Coverage Only for California Participants*

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

*(n) Shorter Duration of COBRA Continuation Coverage*

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

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

*(o) Contribution and/or Premium Requirements*

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

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

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

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

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

*(q) Additional Information*

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

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

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

*(r) Current Addresses*

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

**Section 4, Alternative Coverage Options**

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

## **Part IV, Benefits Extension**

### **Section 1, Employee Life Benefits Extension**

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

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

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

### **Section 2, Benefits That Cannot Be Extended**

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

## **Part V, General Definitions**

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

### **Section 1, Accident**

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

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

### **Section 2, Activities of Daily Living**

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

### **Section 3, ADA**

"ADA" means the American Dental Association.

### **Section 4, Adverse Benefit Determination**

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

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

### **Section 5, Affordable Care Act (ACA)**

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

### **Section 6, Allowable Expense**

The term "Allowable Expense" means the Maximum Allowable Charge for medically necessary Covered Expense. Allowable expense refers to specific types of service, which are covered in full or in part under the terms of the Plan. Coverage for an allowable expense may be limited by specific Plan provisions or benefit maximums. When some "other plan" provides benefits in the form of services (rather than cash payments), the Plan Administrator shall assess the value of said benefit(s) and determine the reasonable cash value of the service or services rendered, by determining the amount that would be payable in accordance with the terms of the Plan. Benefits payable under any Other Plan include the benefits that would have been payable had the claim been duly made therefore, whether or not it is actually made."

### **Section 7, Alternative Recipient**

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

## **Section 8, Ambulatory Surgical Center**

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

## **Section 9, Approved Clinical Trial**

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

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

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

## **Section 10, Assignment of Benefits**

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

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

### **Appointment of Authorized Representative**

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

### **Assignments**

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

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

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

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

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

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

### **Section 11, Calendar Year**

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

### **Section 12, Certified Registered Nurse Anesthetist**

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

### **Section 13, Clean Claim**

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

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

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

### **Section 14, Complications of Pregnancy**

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

### **Section 15, Continuity of Care**

Under the Consolidated Appropriations Act (CAA) of 2021, a Continuing Care Patient who is undergoing treatment for a Serious and Complex Condition is permitted to elect to continue to receive network-level benefits from a provider (including facilities) whose contractual relationship with the health plan has been terminated while the Patient is receiving care for a 90 day period.

A Continuing Care Patient is defined as an individual who is

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

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

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

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

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

A Serious and Complex Condition is defined as a condition that is serious enough to require specialized treatment to avoid death or permanent harm; or, Is a condition that is considered life-threatening, degenerative, potentially disabling or congenital and requires specialized care over a prolonged period of time.

### **Section 16, Continuation of Coverage**

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

### **Section 17, Contracting Panel**

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

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

### **Section 18, Contracting Providers and Hospitals**

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

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

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

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

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

### **Section 20, Co-Payment**

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

### **Section 21, Cosmetic Surgery**

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

### **Section 22, Covered Expense**

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

### **Section 23, Custodial, Rehabilitative or Maintenance Care**

The terms custodial, rehabilitative, or maintenance care refer to any care that is no longer classified as acute, when the patient's progress has essentially stabilized, and the medical impairment must be considered permanent. Such care is not



reasonably expected to improve the underlying medical condition, even though it may relieve symptoms of pain. This care includes but is not limited to, bathing, dressing, feeding, preparation of special diets, assistance in walking or getting in or out of bed, supervision over medication which can normally be self-administered, all domestic activities. Further, this type of care would include, but is not limited to, care in a rehabilitation wing of an acute care hospital, extended care facility, or skilled nursing facility, except as provided for under any Convalescent Hospital or Extended Care Facility provision of the plan.

#### **Section 24, Deductible**

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

#### **Section 25, Dental Services**

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

#### **Section 26, Diagnostic Service**

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

#### **Section 27, Drug**

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

#### **Section 28, Durable Medical Equipment**

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

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

#### **Section 29, Doctor**

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

#### **Section 30, Essential Health Benefits**

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

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

#### **Section 31, Excluded Expense**

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

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

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

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

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

All phases of clinical trials shall be considered Experimental.

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

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

Reliable evidence shall mean one or more of the following:

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

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

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

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

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

### **Section 33, Explanation of Benefits (EOB)**

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

### **Section 34, Extended Care Facility**

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

### **Section 35, Facility**

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

### **Section 36, Genetic Information**

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

### **Section 37, Habilitative Services**

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

### **Section 38, Health and Wellness Centers**

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

### **Section 39, Health Insurance Marketplace ("Exchange")**

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

### **Section 40, HIPAA**

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

### **Section 41, Home Health Care**

The term "Home Health Care" means health care services that can be given in your home for an illness or injury. Home health care may include occupational and physical therapy, speech therapy, and skilled nursing. It may involve helping older adults with activities of daily living, such as bathing, dressing, and eating. Home health care professionals are often licensed practical nurses, therapists, or home health aides. Home health care does not include a private duty nurse.

### **Section 42, Hospital**

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

### **Section 43, Hospital Confinement**

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

#### **Section 44, Incurred Date**

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

#### **Section 45, Incurred Date, Pregnancy Expense**

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

#### **Section 46, Intensive Care Unit (ICU)**

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

#### **Section 47, Leave of Absence**

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

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

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

#### **Section 49, Major Diagnostic Procedure**

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

#### **Section 50, Maximum Allowable Charge**

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

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

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

- (a) Prices established by CMS utilizing standard Medicare Payment methods and/ or based upon supplemental Medicare or Medicaid pricing data for items Medicare does not cover based on data from CMS;
- (b) Prices established by CMS utilizing standard Medicare payment methods and/ or based upon prevailing Medicare rates in the community for non-Medicare facilities for similar services and/ or supplies provided by similarly skilled and trained providers of care; or
- (c) Prices established by CMS utilizing standard Medicare payment methods for items in alternate settings based on Medicare rates provided for similar services and/ or supplies paid to similarly skilled and trained providers of care in traditional settings.

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

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

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

When more than one treatment option is available, and one option is no more effective than the other, the least costly option that is no less effective than any other option will be considered within the maximum allowable charge. The maximum allowable charge will be limited to an amount which, in the Plan Administrator's discretion, is charged for services or

supplies that are not unreasonably caused by the treating Provider, including errors in medical care that are clearly identifiable, preventable, and serious in their consequences for patients. A finding of Provider negligence or malpractice is not required for services or fees to be considered ineligible pursuant to this provision

### **Section 51, Medical Emergency**

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

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

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

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

### **Section 52, Medical Record Review**

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

### **Section 53, Mental or Nervous Disorder**

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

### **Section 54, Mexico Panel**

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

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

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

### **Section 55, Necessary Services and Supplies**

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

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

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

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

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

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

- (a) The drug is approved by the Food and Drug Administration (FDA).
- (b) The prescribed drug use is supported by one of the following standard reference sources:

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

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

### **Section 56, Non-Contracting Providers and Hospitals**

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

### **Section 57, Nurse**

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

### **Section 58, Occupational Therapy**

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

### **Section 59, Obesity Treatment**

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

### **Section 60, Other Plan**

The term “Other Plan” means any plan, policy or coverage providing benefits or services for, or by reason of medical, dental or vision care. Such other plan(s) include auto insurance, workers’ compensation insurance, crime victims’ restitution, etc. . “Other Plan” also include Medicare, Medicaid, or a state child health insurance program (CHIP). Other Plan

does not include flexible spending accounts (FSA), health reimbursement accounts (HRA), health savings accounts (HSA), or individual medical, dental or vision insurance policies.

### **Section 61, Out-of-Pocket Maximum**

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

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

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

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

### **Section 62, Percentage Payable**

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

### **Section 63, Peer Review**

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

### **Section 64, Per Cause**

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

### **Section 65, Per Confinement**

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

### **Section 66, Per Disability**

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

### **Section 67, Physician's Assistant**

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

### **Section 68, Preventative Care**

"Preventive care" shall mean certain preventive care services.

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

screenings provided in guidelines supported by Health Resources and Service Administration; and, for women evidenced-informed preventative care and screening provided for in the comprehensive guidelines supported by HRSA.

Copies of the recommendations and guidelines may be found at the following websites:

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Section 69, Provider**

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

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

### **Section 70, Psychological or Psychiatric Services**

The term "psychological or psychiatric services" for benefits purposes includes psychotherapy, psychometric testing, prescription drug therapy, and other medical care specifically described as treatment or diagnosis of a recognized mental or nervous disorder. The term also includes cognitive function studies and other diagnostic studies designed to measure levels of mental or cognitive impairment regardless of cause or purpose.

### **Section 71, Qualifying Payment Amount (QPA)**

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

### **Section 72, Reasonable or Reasonableness**

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

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

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

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

### **Section 73, Rehabilitation Hospital**

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



#### **Section 74, Residential Treatment Coverage**

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

#### **Section 75, Semi-Private Room**

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

#### **Section 76, Skilled Nursing Facility**

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

#### **Section 77, Special Provision (Circumstances)**

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

#### **Section 78, Subrogation**

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

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

#### **Section 79, Substance Abuse/Substance Use Disorder**

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

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

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

#### **Section 80, Transparency and Surprise Medical Bills also known as the “No Surprise Act”**

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

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

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

### **Section 81, Telemedicine**

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

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

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

### **Section 82, The Plan**

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

### **Section 83, Total Disability or Totally Disabled**

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

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

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

### **Section 84, Transplant Procedures**

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

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

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

### **Section 85, Treatment Therapies**

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

### **Section 86, Urgent Care**

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

**Section 87, Usual and Customary Fees**

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

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

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

## **Part VI, General Provisions and Limitations**

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

### **Section 1, Limits on Covered Expense**

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

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

### **Section 2, General Exclusions**

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

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

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

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

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

### **Section 3, Third Party Liability Exclusion**

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

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

Any medical, dental or vision care benefits and prescription medications provided by a non-panel provider may be limited, reduced or denied if services are performed outside the continental United States, Alaska, and Hawaii and are not related to a life-threatening emergency. The Trust reserves the right to determine benefits payable, if any, for all such services. Assignment of benefits to providers located outside the United States will not be honored unless approved by UABT in advance of the date of services. (This provision does not apply to the UABT Mexico Panel of Providers.)

### **Section 5, Right of Recovery**

In the event an overpayment occurs due to erroneous, incomplete, or inaccurate information, or claim processing error, UABT reserves the right to recover such overpayment from any individual or organization that, in the judgment of the Trust,

profited from such overpayment. Said overpayment may also be recovered by making the adjustment(s) or reduction(s) to any future claim(s) of the patient.

### **Section 6, Facility of Payment**

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

### **Section 7, Right to Determination**

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

The Trust reserves the right to deny charges for:

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

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

### **Section 8, Ineligible Provider**

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

### **Section 9, Examinations and Autopsies**

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

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

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

### **Section 1, Excess Benefit Coverage/Insurance**

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

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

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

### **Section 2, Vehicle Limitation**

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

### **Section 3, Order of Benefit Determination**

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

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

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

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

When a primary payor denies a claim for medical necessity, UABT may make its own determination of medical necessity and payment of benefits. If the primary payor denies a claim and UABT pays a claim, UABT will be the primary payor and apply plan benefits accordingly.

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

#### **Section 4, Right to Receive and Release Necessary Information**

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

#### **Section 5, Facility of Payment**

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

#### **Section 6, Right of Recovery**

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

#### **Section 7, Medicare Coordination**

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

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

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

If you or an eligible dependent have qualified for Medicare due to disability (other than ESRD), the Trust will be the primary payor..

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

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

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

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

#### **Section 8, Coordination within the Plan**

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

#### **Section 9, Cost Containment and Case Management**

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



Individual who suffers a catastrophic Illness or Injury while covered under this Plan.

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

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

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

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

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

## **Part VIII, Third Party Recovery, Subrogation and Reimbursement**

### **Section 1, Payment Condition**

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

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

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

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

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

### **Section 2, Subrogation**

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

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

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

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

- 1) The responsible party, its insurer, or any other source on behalf of that party.
- 2) Any first-party insurance through medical payment coverage, personal injury protection, no-fault coverage, uninsured or underinsured motorist coverage.
- 3) Any policy of insurance from any insurance company or guarantor of a third party.
- 4) Workers' compensation or other liability insurance company.

5) Any other source, including but not limited to crime victim restitution funds, any medical, disability or other benefit payments, and school insurance coverage.

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

### **Section 3, Right of Reimbursement**

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

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

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

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

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

### **Section 4, Participant is a Trustee Over Plan Assets**

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

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

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

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

## **Section 5, Release of Liability**

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

## **Section 6, Excess Health Benefit Coverage/Insurance**

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

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

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

## **Section 7, Separation of Funds**

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

## **Section 8, Wrongful Death**

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

## **Section 9, Obligations**

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

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

k) To make good faith efforts to prevent disbursement of settlement funds until such time as any dispute between the Plan and Participant over settlement funds is resolved.

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

UABT's right to reimbursement and/or subrogation are in no way dependent upon you or your dependent(s) cooperation or adherence to these terms. Failure by you or your attorney to respond to UABT within sixty (60) days may result in denial of your claims.

#### **Section 10, Offset**

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

#### **Section 11, Minor Status**

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

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

#### **Section 12, Language Interpretation**

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

#### **Section 13, Severability**

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

## **Part IX, Your Life Insurance Benefits**

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

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

### **Section 1, Retiree Limitation**

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

### **Section 2, Beneficiary**

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

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

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

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

### **Section 3, Change of Beneficiary**

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

### **Section 4, Consent of Beneficiary**

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

### **Section 5, Optional Methods of Settlement**

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

### **Section 6, Dependent Life Insurance Benefits**

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

### **Section 7, Continuation of Life Insurance Benefits**

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

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

A covered person can convert his/her coverage to permanent life insurance on a policy form the carrier then issues, without the optional riders, in an amount not to exceed the amount of insurance that is terminating under the Blanket Master Policy. Conversion coverage will not be provided for AD&D or Supplemental Life Insurance. The premium for the permanent coverage will be based on the Covered Person's Attained Age and class of risk at the time of conversion, together with the form and amount of insurance chosen. No evidence of insurability will be required.

**Section 8, Continuation of Dependent Life Insurance**

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

## **Part X, Pharmacy Benefit Network**

### **Section 1, Pharmacy Benefit Network**

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

### **Section 2, Panel Pharmacy Services**

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

### **Section 3, Mail Order Pharmacy**

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

### **Section 4, Specialty Medications**

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

### **Section 5, Appeals of Denied/Adverse Benefit Determinations**

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

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

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

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

### **Section 6, Copayment Assistance Programs**

In some situations, UABT may provide a Participant information on various copayment assistance programs or discount programs provided by drug manufacturers. In the event the Participant receives copayment assistance or discounts, the amount of the copayment assistance or discount will not be treated as paid by the Participant for calculation of cost sharing or the Out of Pocket maximum. Final cost sharing and credit towards the Out of Pocket Maximum will be calculated after the assistance program is applied.



## **Part XI, Medical Plan Benefits**

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

Any benefits described in the Schedule of Medical Expense Benefits, Benefit Summary or this Summary Plan Description will be a covered expense. Any applicable Co-Payments, Coinsurance or Deductible will be collected by the provider or hospital providing care. The remaining amount of covered expense will be paid at the Percentage shown, up to the Plan Maximum, from UABT to the provider or hospital providing care.

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

UABT does not require you to select a primary care provider. We encourage you to select a primary care provider. You do not need an authorization or referral to receive care from a specialist. However, many specialists will not schedule your appointment without a referral from your primary care provider. If your specialist requires an authorization or referral, please contact your primary care provider.

Since you not required to select a primary care provider, no provider is required to meet specific treatment targets, specific numbers, maximum duration of visits or any other metric to receive payment. Provider compensation does not include any incentives or penalties related to your care.

You may obtain services outside of the network if your plan provides for this coverage in your Benefit Summary. Cost sharing will apply unless you have met your out of pocket maximum.

Consistent with federal law, you may access the emergency room for any emergency as determined by you. You may access care from any provider consistent with the provider's office hours including nighttime and weekends.

Your provider will know if a service requires a prior authorization and will request the referral for you. If your provider does not know how to request a prior authorization, your UABT ID card has the phone number for authorization on the back of your card. If your coverage is terminated and then you reenroll in UABT coverage causing a gap in coverage with UABT, you will need to obtain a new prior authorization for services.

UABT may only retroactively deny coverage for an emergency or prior authorized service if you fail to pay your premium (contribution) or if you commit fraud.

### **Section 1, Not Covered Medical Expenses**

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

- (a) Marriage counseling, nutritional supplements except as specified under Preventive Care, diet management, non-therapeutic occupational therapy, massage therapy, educational therapy, therapy directed toward Activities of Daily Living (ADL), commercial exercise programs, gym, spa or health club memberships (however, marriage counseling and behavioral counseling is covered when services are rendered through Telemedicine);
- (b) Transportation costs for travel by scheduled airline, railroad, bus, taxi or other commercial carrier, regardless of destination or purpose unless permitted as part of our Mexican Panel Network benefits, Transplant Program or abortion services.
- (c) Cosmetic surgery (as defined in Part V, Section 21) does not apply to expense incurred for repair of an injury sustained within one year of an accident which occurred while the person was covered for benefits under the Plan, for correction of congenital deformity in a child who was eligible under the Plan at birth, and/or to post-mastectomy reconstructive surgery to achieve symmetry between the breasts, prostheses and complications resulting from a mastectomy (including lymphedema).
- (d) Eyeglasses (with the exception of any pediatric vision services required to meet Minimum Essential Benefits under ACA) or hearing aids; diagnosis or surgical correction of refractive error including, but not limited to, radial keratotomy, keratoplasty and/or laser eye surgery; visual motor training or other eye exercises, unless performed in lieu of surgery to correct an eye muscle disorder. The Plan will pay for lenses or contact lenses to correct an impairment directly caused by an accidental injury or intraocular surgery (such as cataracts). The eyeglasses or contact lenses must be purchased within one year of the injury or surgery and the patient must be covered by the Plan at the time of the purchase. Vision therapy may be covered if medically necessary and the services are performed by a licensed board-certified physician practicing within the scope of his/her license.
- (e) Donor charges and expenses for organ transplants incurred by a non-UABT participant.
- (f) Surrogate parenting (implementation of embryos and sperm) and pregnancy related medical care for the non-participant/non-dependent and/or procedures designed to reverse a previous elective sterilization, in-vitro fertilization, artificial insemination, zygote transfer, hormone therapy or any other services intended as treatment of infertility.

- (g) Medical or surgical treatment related to sexual dysfunction...
- (h) Use of growth hormone therapy unless demonstrated growth hormone deficiency has been medically substantiated and is determined to be medically necessary.
- (i) Gait training or therapies toward Activities of Daily Living (ADL), with the exception of any therapies required to meet Essential Health Benefits under ACA.
- (j) Services provided by an unlicensed provider or by any provider not acting within the scope of his/her/its license.
- (k) Non-surgical treatment of feet, including but not limited to treatment of weak or fallen arches, flat or pronated feet, metatarsalgia, bunions, hammer toes, paring or excision of corns or callus, or trimming of toenails.
- (l) Items or services specifically listed as not payable under Sections 2 through 23.
- (m) Complications resulting from or related to a non-covered service or supply.
- (n) Biofeedback..
- (o) Gene Therapy and Cell Therapy.
- (p) Penile implants.
- (q) Home births or labor and delivery outside of an accredited medical facility.

## **Section 2, Hospital Charges (In Patient)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Section 5, Professional Ambulance Service**

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

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

## **Section 6, Doctor Care**

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

## **Section 7, Surgery and Anesthesia**

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

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

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

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

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

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

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

## **Section 9, Pharmacy Charges**

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

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

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

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

## **Section 10, Formulary Drugs**

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

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

## **Section 11, Orphan Drugs, Products and Devices**

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

## **Section 12, Nursing Services**

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

Services of a licensed, private nurse at home or during an approved convalescent hospital confinement, are covered if a claim qualifies for Major Medical Benefits and the services of a nurse: (a) were ordered by the doctor; (b) were medically

necessary services requiring the specialized training of a nurse; and, (c) were not primarily housekeeping, personal hygiene, meal preparation or custodial care.

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

### **Section 13, Cobalt, Chemotherapy or Radiotherapy Expense**

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

### **Section 14, Physical Therapy, Speech Therapy and Acupuncture**

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

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

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

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

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

### **Section 15, Medical Supplies and Durable Therapeutic**

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

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

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

### **Section 16, Prosthetic Devices**

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

### **Section 17, Psychological Services, Mental and Nervous Disorders**

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

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

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

### **Section 18, Home Health Services**

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

### **Section 19, Hospice Care**

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

### **Section 20, Special Rights Upon Childbirth**

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

### **Section 21, Genetic Information**

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

### **Section 22, Family Planning Services**

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

### **Section 23, Genetic Testing**

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

### **Section 24, Preventive Care**

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

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

**NOTE:** The Preventive Care services identified through the above links are recommended services. It is up to the Provider and/or Physician of care to determine which services to provide; the Plan Administrator has the authority to determine which services will be covered. Preventive Care services will be covered at 100% for Non-Network Providers if there is no

Network Provider who can provide a required preventive service. Benefits include gender-specific Preventive Care services, regardless of the sex the Participant was assigned at birth, his or her gender identity, or his or her recorded gender.

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

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

a) **Women's Preventive Services** - With respect to women, such additional Preventive Care, and screenings as provided for in comprehensive guidelines supported by the Health Resources and Services Administration (HRSA) not otherwise addressed by the recommendations of the United States Preventive Services Task Force (USPSTF), which will be commonly known as HRSA's Women's Preventive Services Required Health Plan Coverage Guidelines. The HRSA has added the following eight categories of women's services to the list of mandatory preventive services:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Section 26, Smoking Cessation

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

## Section 27, Transplants

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

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

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

(a) Transportation of recipient and a companion to and from the site of the transplant. If recipient is a minor, transportation for two persons who travel with the minor will be covered. Reasonable and necessary lodging and meal costs incurred in the interim by such companions are included, except there is a daily limit of \$200 for all lodging and meal costs. Total payment for all transportation, lodging and meal costs for all persons for the Transplant Procedure shall not exceed \$5,000.

(b) Hospital room and board and medical supplies.

(c) Diagnosis, treatment and surgery by a Doctor.

(d) Nursing care by a Registered Nurse (R.N.) or a Licensed Practical Nurse (L.P.N.)

(e) Rental of wheelchairs, hospital-type beds and other mechanical equipment required to treat respiratory impairment.

(f) Local ambulance service, medication, x-rays, and other diagnostic services, laboratory tests, oxygen.

(g) Rehabilitation therapy, including speech therapy (not for voice training or a lisp), audio therapy, visual therapy, occupational therapy, and physiotherapy.

(h) Surgical dressings and supplies

(i) Plan benefits will be provided to an organ donor for Covered Expense incurred by an eligible UABT participant, provided the expenses incurred are directly related to the transplant surgery and are not payable by any other medical plan in the absence of this Plan's coverage.

(j) UABT will pay Covered Expense for the following Transplant Procedures:

1) Bone Marrow

2) Heart

3) Heart/Lung

4) Liver

5) Lung

6) Kidney/Pancreas

7) Kidney

8) Cornea

l) No benefits will be payable for the (i) animal and/or mechanical organs except as provided for above; (ii) any expenses incurred for which you would not legally have to pay if there was no coverage for benefits; (iii) custodial care; (iv) if you or your dependent lose coverage under the Plan; (v) any organ or tissue transplant required as a result of an accidental injury or illness not covered by UABT; and (vi) any transplants which are considered to be experimental.

## Section 28, Elective Abortion

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

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

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

(a) Hospital room and board and medical supplies.

(b) Diagnosis, treatment and procedure by a Doctor.

(c) Nursing care by a Registered Nurse (R.N.) or a Licensed Practical Nurse (L.P.N.).

(d) Necessary diagnostic services and laboratory tests.

(e) Surgical dressings and supplies

(f) If elective abortion is not covered in your state or your Dependent's of residence, transportation for two persons (the patient and a companion) will be covered. Referral and authorization to travel to the nearest state is required. Reasonable and necessary lodging and meal costs are included, except there is a daily limit of \$200 for all lodging and meal costs. Total payment for all transportation, lodging and meal costs for all persons for the procedure shall not exceed \$5,000.

### **Section 29, Hormone Replacement Therapy**

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

### **Section 30, Gender Identity Disorder Treatment**

Coverage for medical benefits under the Plan shall not be denied or limited based on the individual's actual or perceived gender identity or because the individual is transgender. Additionally, medical services that are ordinarily or exclusively belong to one sex will not be denied to the other sex or to an individual who is in the process of undergoing, or has undergone, gender transition.

Treatment for transgender transition will be subject to the terms and conditions of the plan that apply to covered medical conditions, including, but not limited to, Medical Necessity, Utilization Review and exclusions for cosmetic services. Medically Necessary services related to gender transition are a Covered Expense if comparable services are also covered when not related to gender transition, including but not limited to, transgender surgery, hormone therapy, hysterectomy, mastectomy, breast reconstruction, surgical treatment for gynomastia, reconstructive surgery for genital abnormalities, and vocal training.



## **Part XII, Dental Plan Benefits**

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

### **Section 1, Deductible**

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

### **Section 2, Percentage Payable**

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

### **Section 3, Plan Maximum**

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

### **Section 4 Alternate Dental Procedures**

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

### **Section 5, Preventative Dental Services**

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

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

### **Section 6, Basic Dental Services**

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

- a) Anesthesia: General anesthesia when administered in connection with oral surgery or when deemed medically necessary by the Plan. Note: Separate charges for pre-medication, local anesthesia, analgesia or conscious sedation are not covered. Such services should be included in the cost of the procedure itself.
- b) Restorative crowns
- c) Stainless Steel Crowns
- d) Replacement of a crown, if the existing crown is at least five (5) years old and cannot be made serviceable. See "Cosmetic Dentistry" in the list of Dental Limitations and Exclusions for restrictions on veneer or facing (i.e."tooth-colored") restorations. Crowns placed for periodontal splinting are not covered.
- e) Endodontia: Endodontic services including but not limited to: root canal therapy (except for final restoration), pulpotomy, apicoectomy and retrograde filling.
- f) Extraction: See "Oral Surgery".
- g) Filing, NON-Precious: Amalgam, silicate, composite and plastic restorations, including pins to retain a filling restoration when necessary. Note: For teeth posterior to (behind) the second bicuspid, an allowance for amalgam fillings will be made. See "Cosmetic Dentistry" in the list of **Dental Limitations and Exclusions**

- h) Injections: Injection of antibiotic drugs.
- i) Oral Surgery: Extraction of teeth, including simple extractions and surgical extraction of bone or tissue-impacted teeth. Other surgical and adjunctive treatment of disease, injury and defects of the oral cavity and associated structures. We cover Wisdom Teeth extractions under medical—need to verify that this should say simple extractions or strike impacted. We would also cover biopsies or other surgeries of the mouth in conjunction with a medical DX under the medical plan typically)
- j) Pathology: Laboratory services required for dental procedures.
- k) Periodontia: Treatment of the gums and tissues of the mouth, including periodontal scaling and root planning.
- l) Re-Cementing: Re-cementing of a crown, inlay, bridge or denture.
- m) Visits, Non-Routine: Office visits during regular office hours for treatment and observation of injuries to teeth and supporting structure. Professional visits after hours.
- n) X-Rays: Dental X-rays not included in Preventive.

## **Section 7, Major Dental Services**

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

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

## **Section 8, Orthodontia**

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

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

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

### **Dental Limits and Exclusions**

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

- (a) Services performed for surgical repositioning of the jaw or solely for cosmetic reasons.
- (b) Replacement of a bridge or denture within 5 years of the original date of installation for any reason, including loss or theft, unless:
  - i. Necessity because of placement of a new opposing appliance;
  - ii. Due to extraction of additional natural teeth; or,
  - iii. The appliance, while in the patient's mouth was damaged beyond repair by an accidental injury.
- (c) Replacement of any bridge or denture, which is satisfactory or can be made satisfactory.
- (d) Any appliance or restoration, except full dentures, where the primary purpose is to change position of the teeth, stabilize teeth involved in periodontal or restore and/or maintaining occlusion.

- (e) Duplicate dentures or appliance, regardless of diagnosis, or protective mouth guards.
- (f) Experimental procedures, training in plaque control or oral hygiene, or dietary instruction.
- (g) Charges for a patient's failure to keep a scheduled appointment or for completion of claim forms.
- (h) Charges for dental services for which the covered person is not legally required to pay.
- (i) Charges for dental services or supplies, which are covered under any other group plan, covered or sponsored by the employer.
- (j) Any care, treatment service or supplies for an Injury or Illness sustained while doing any act or thing pertaining to any occupation or employment for pay or profit.
- (k) Any care, treatment, service or supplies for which the covered person is entitled to benefits under Workers' Compensation or any similar law.
- (l) Any care, treatment, service or supplies resulting an injury or illness sustained while on active duty in the armed forces.
- (m) Services and supplies not reasonably necessary, or not customarily performed.
- (n) Loss caused by or contributed to by war or an act of war, whether declared or not.
- (o) Services performed for correction of congenital or developmental malformations.
- (p) Charges for relining or rebasing a denture/partial within the first six (6) months after the appliance was placed.
- (q) Charges for additional treatment necessitated by lack of patient cooperation with the dentist, or noncompliance with prescribed dental care, which results in additional liability.
- (r) Adjustment of prosthetic appliances within six (6) months of initial installation and not included in the cost of such appliance.
- (s) Pontics for reasons other than replacement of missing teeth.
- (t) Charges for characterizations of crowns, dentures or bridgework.
- (u) Charges for facings, veneers or similar material placed on molar crown or pontics.
- (v) Charges for take home items such as fluoride rinse, tooth brushes and floss.
- (w) Charges for any temporary procedure or appliance, other than a Temporary Crown.
- (x) Charges for application of desensitizing medications.
- (y) Charges for services involving tooth transplants.

## **Part XIII, Vision Plan Benefits**

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

UABT offers two types of vision Plans: an indemnity Plan without a network and network Plan that uses the VSP Network of practitioners and providers who provide necessary vision services at a minimal charge to you. If you have questions about your indemnity Plan, please call Member Services at 1-800-223-4590. To find a participating VSP provider in your area, contact VSP's Customer Service Department at 1-800-877-7195.

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

### **Section 1, Vision Copayment Amount**

Your Copayment is listed on the Schedule of Vision Benefits.

### **Section 2, Vision Benefit Maximum Amount**

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

### **Section 3, Vision Plan Benefits**

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

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

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

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

## **PLAN PROVISIONS**

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

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

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

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

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

### **How to Use Your Vision Service Program**

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

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

### **Vision Limits and Exclusions**

No vision benefits will be provided for:

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

## **Part XIV, Claims for Benefits**

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

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

To file a claim:

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

### **Section 2, Claims Procedures**

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

### **Section 3, Health Claims Payment**

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

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

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

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

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

#### **Section 4, Life and Accidental Death/Dismemberment Claims**

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

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

#### **Section 5, Claim Filing Deadlines**

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

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

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

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

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

#### **Section 7, Adverse Benefit Determination**

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

#### **Section 8, Review and Appeal Procedures for Denied Prescription Medication**

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

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

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

- 1) If a claim for benefits is denied in whole or in part or if there is an adverse determination of benefits, you, or a representative of your choice, may request a review of the decision within one hundred eighty (180) days of the date you receive the notice of denial or limitation by the UABT Appeals Committee
- 2) A request for review must be in writing, addressed to the UABT Appeals Committee, c/o United Agricultural Benefit Trust Claims, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606-5105, telephone 1(800)223.4590. You should state the reason you are requesting review and include any additional information that might help the Appeals Committee in evaluating your claim.
- 3) After the claim has been reviewed, if the denial is reversed, the disputed claim will be paid pursuant to plan provisions.
- 4) After the claim has been reviewed and the denial upheld, the UABT Appeals Committee will: (1) notify you in writing within seventy-two (72) hours for authorizations involving urgent care ; fifteen (15) days for other authorizations; and, sixty (60) days for post-service health claims The denial notice will include a copy of the specific Plan provisions affecting the denial; and (3) let you know how to file an appeal to the Board of Trustees; provide you with new or additional evidence or rationale and a reasonable opportunity to respond to it before making a final decision on the claim. .
- 5) If you disagree with the conclusions reached by the UABT Appeals Committee, you may file a written appeal or request a formal hearing of the Board of Trustees within one hundred eighty (180) days of receipt of the results of the UABT Appeals Committee review. A written appeal should include: (1) your name, address and UABT Identification number, (2) the name of the patient, (3) the claim number and date of denial

notice, (4) the specific facts upon which your appeal is being made; and, (5) all documents and evidence you have supporting those facts.

6) Any appeal should be addressed to the Board of Trustees, c/o United Agricultural Benefit Trust, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606-5105, to the attention of Trust Counsel.

7) Board of Trustees' consideration will be based on your written statement unless you request a formal hearing. If you request a hearing, it will be conducted at the next scheduled meeting of the Board of Trustees at the scheduled location of the meeting, upon 10 days written notice to all parties. Although not necessary, you may be represented by an attorney of your choice at the hearing.

8) The Board of Trustees has full discretionary authority to interpret the Plan, and to make decisions regarding eligibility and payment of claims. The Trustees will then conduct a full and fair evaluation of the appeal and shall base its decision on the information available at the time of consideration

9) The Board of Trustees, through UABT's Legal Counsel, shall mail a written decision of the appeal to you within seventy-two (72) hours for authorizations involving urgent care (if applicable), fifteen (15) days for other authorizations and thirty (30) days for health claims after the appeal has been reviewed. The Trustees' final decision shall: (1) be written in a manner intended to be understood by the average person; (2) include the specific reason or reasons for the decision; and (3) contain a specific reference to the pertinent Plan provisions upon which the decision is based.

10) You must complete UABT's claim process before filing an action in court challenging the denial of a claim (all administrative remedies must be exhausted). Any court challenge to a claim denial must be filed by the patient. The assignee of benefits is not eligible to initiate a court challenge to the denied claim.

### **Section 10, Independent Review**

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

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

2) If the IRO's decision is to reverse the plan's benefits denial, the plan must immediately provide coverage or payment of the claim.

### **Section 11, Appeal Procedure for Denied Life Insurance Benefits**

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

### **Section 12, Claim Information and Service**

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

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



### **Section 13, Appointment of Authorized Representative**

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

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

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

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

### **Section 14, Payment of Benefits**

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

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

### **Section 15, Recovery of Payments**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Part XV, ERISA Information and Statement of Rights**

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

### **Section 1, Name and Type of Administration of the Plan**

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

### **Section 2, Sponsor of the Plan**

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

### **Section 3, Name and Address of the Trustee**

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

### **Section 4, Name and Address of the Plan Administrator**

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

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

### **Section 5, Name and Address of the Benefits Administrator**

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

### **Section 6, Service of Legal Process**

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

### **Section 7, Source of Financing of the Plan**

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

### **Section 8, Name and Address of Stop Loss Insurance Carrier**

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

### **Section 9, Name and Address of Health Maintenance Organizations**

The Board of Trustees has contracted with various health maintenance organizations for medical services for UABT participants who have elected coverage through independent managed care plans. The HMOs can be contacted as follows: Vision Service Plan, 3333 Quality Drive, Rancho Cordova, CA 95670.

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

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

### **Section 11, Plan Fiscal Year**

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

## **Section 12, Internal Revenue Service Number**

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

## **Section 13, Amendments to Plan**

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

## **Section 14, Plan Number**

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

## **Section 15, Fund Assets**

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

## **Section 16, Certain Rights Under ERISA**

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

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

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

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

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

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

## **Section 17, Certain Rights through the California Department of Insurance**

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

## **Part XVI, HIPAA and Notice of Privacy Practices**

### **Section 1, Commitment to Protecting Health Information**

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

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

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

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

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

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

### **Section 2, Definitions**

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

### **Section 3, How Health Information May Be Used and Disclosed**

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

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

### **Section 4, Primary Uses and Disclosures of PHI**

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

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

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

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

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

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

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

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

## Section 6, Participant's Rights

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

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

be in writing, signed by the Participant and the recipient must be clearly identified. The Plan must respond to the Participant's request within 30 days (in some cases, the Plan can request a 30-day extension). In very limited circumstances, the Plan may deny the Participant's request. If the Plan denies the request, the Participant may be entitled to a review of that denial.

6) Amendment: The Participant has the right to request that the Plan change or amend his or her PHI. The Plan reserves the right to require this request be in writing. Submit the request to the Privacy Officer. The Plan may deny the Participant's request in certain cases, including if it is not in writing or if he or she does not provide a reason for the request.

7) Other uses and disclosures not described in this section can only be made with authorization from the Participant. The Participant may revoke this authorization at any time.

### **Section 7, Questions or Complaints**

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

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

### **Section 8, Contact Information**

Privacy Officer Contact Information:

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

Additional Contact Information for HIPAA Questions:

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

## **Part XVII HIPAA Security**

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

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

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

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

### **Section 2, Definitions**

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

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

### **Section 3, UABT Obligations**

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

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

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

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

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

The Plan Sponsor may hereby authorize and direct the Plan, through the Plan Administrator or the Third-Party Administrator, to disclose PHI to stop-loss carriers, excess loss carriers or managing general underwriters (“MGUs”) for underwriting and other purposes in order to obtain and maintain stop-loss or excess loss coverage related to benefit claims under the Plan. Such disclosures shall be made in accordance with the Privacy Standards.



## **Section 6, Resolution of Noncompliance**

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

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

## **Part XVIII, Federal Laws**

### **Section 1, Pregnancy Discrimination Act**

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

### **Section 2, Genetic Information Nondiscrimination Act (“GINA”)**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Section 3, Family and Medical Leave Act**

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

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

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

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

## Section 5, Qualified Medical Child Support Order (QMSCO)

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

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

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

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

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

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

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

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

## Section 9, Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

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

- 1) What is "balance billing" (sometimes called "surprise billing")?

When you see a doctor or other health care provider, you may owe certain out-of-pocket costs, such as a copayment, coinsurance, and/or a deductible. You may have other costs or have to pay the entire bill if you see a provider or visit a health care facility that is not in your health plan's network.

- 2) "Out-of-network" describes providers and facilities that have not signed a contract with your health plan. Out-of-network providers may be permitted to bill you for the difference between what your plan agreed to pay and the full amount charged for a service. This is called "**balance billing**." This amount is likely more than in-network costs for the same service and might not count toward your annual out-of-pocket limit.

- 3) "Surprise billing" is an unexpected balance bill. This can happen when you **cannot** control who is involved in your care—like when you have an emergency or when you schedule a visit at an in-network facility but are unexpectedly treated by an out-of-network provider.

- 4) You are protected from balance billing for:

- a) Emergency services

If you have an emergency medical condition and get emergency services from an out-of-network provider or facility, the most the provider or facility may bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments and coinsurance). You **cannot** be balance billed for these emergency services.

This includes services you may get after you're in stable condition, unless you give written consent and give up your protections not to be balance billed for these post-stabilization services.

- 5) Certain services at an in-network hospital or ambulatory surgical center

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

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

- 6) You are never required to give up your protections from balance billing. You also are not required to get care out-of-network. You can choose a provider or facility in your plan's network.
- 7) When balance billing isn't allowed, you also have the following protections:
- a) You are only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductibles that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay out-of-network providers and facilities directly.
  - b) Your health plan generally must:
    - i. Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (prior authorization).
    - ii. Cover emergency services by out-of-network providers.
    - iii. Base what you owe the provider or facility (cost-sharing) on what it would pay an in-network provider or facility and show that amount in your explanation of benefits.
    - iv. Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your deductible and out-of-pocket limit.
- 8) If you believe you've been wrongly billed, you may contact UABT Member Services Department at (800)223.4590.
- 9) Visit <https://www.cms.gov/nosurprises> for more information about your rights under federal law.

**Part XIX, California Department of Insurance Notice**

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

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

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



**SUS BENEFICIOS PARA LA SALUD**

# EL RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DEL PLAN

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

54 Corporate Park, Irvine, CA 92606 | 800.223.4590 | [unitedag.org](http://unitedag.org)

Rev. 01.01.24

**Tabla de contenidos**

<b>Parte</b>	<b>Sección</b>	<b>Título</b>	<b>Número de página</b>
<b>Parte I</b>	<b>Condiciones de acceso</b>		<b>8</b>
	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
<b>Parte II</b>	<b>Finalización de la cobertura</b>		<b>12</b>
	1	Cuándo finaliza su cobertura	12
	2	Cuándo finaliza la cobertura de sus beneficiarios	12
<b>Parte III</b>	<b>Continuación de la cobertura</b>		<b>13</b>
	1	Continuación tras la finalización del empleo	13
	2	Continuación durante la 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
<b>Parte IV</b>	<b>Ampliación de las prestaciones</b>		<b>19</b>
	1	Ampliación de las prestaciones de vida para los empleados	19
	2	Prestaciones no prorrogables	19
<b>Parte V</b>	<b>Definiciones generales</b>		<b>20</b>
	1	Accidente	20
	2	Actividades de la vida diaria	20
	3	ADA	20

4	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

<b>Parte VI</b>	<b>Disposiciones generales y limitaciones</b>	<b>36</b>
1	Límites de los gastos cubiertos	36
2	Exclusiones generales	36
3	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
<b>Parte VII</b>		<b>Coordinación de prestaciones (C.O.B.)</b>	<b>39</b>
	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
<b>Parte VIII</b>		<b>Recuperación, subrogación y reembolso a terceros</b>	<b>42</b>
	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
<b>Parte IX</b>		<b>Prestaciones del seguro de vida</b>	<b>47</b>
	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
<b>Parte X</b>		<b>Red de prestaciones de farmacia</b>	<b>49</b>
	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
---	--	----

<b>Parte XI</b>	<b>Prestaciones del seguro médico</b>	<b>50</b>
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
<b>Parte XII</b>	<b>Prestaciones del plan dental</b>	<b>59</b>
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

<b>Parte XIII</b>	<b>Beneficios del plan de cuidado de la visión</b>	<b>62</b>
	1 Copago por servicios oftalmológicos	62
	2 Importe máximo de las prestaciones oftalmológicas	62
	3 Beneficios del plan de cuidado de la visión	62
<b>Parte XIV</b>	<b>Reclamación de prestaciones</b>	<b>64</b>
	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
<b>Parte XV</b>	<b>Información sobre ERISA y declaración de derechos</b>	<b>69</b>
	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
<b>Parte XVI</b>	<b>HIPAA y Aviso de Política de Privacidad</b>	<b>72</b>
	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
 <b>Parte XVII Seguridad HIPAA</b>		<b>75</b>
1	Divulgación de información médica protegida electrónica ("PHI electrónica") al patrocenador para funciones administrativas	75
2	Definiciones	75
3	Obligaciones de la UABT	75
4	Divulgación de información de inscripción al seguro Divulgación de la información sanitaria protegida para obtener una	75
5	cobertura de exceso de pérdidas o stop-loss	76
6	Resolución de incumplimientos	76
 <b>Parte XVIII Leyes federales</b>		<b>77</b>
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) Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados	78
8	(USERRA)	78
9	Derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa	78
 <b>Parte XIX Información del Departamento de Seguros de California</b>		<b>80</b>

# 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](http://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](http://www.healthcare.gov). Además, usted o sus dependientes pueden optar a un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud colectivo para el que usted y sus otros dependientes sean elegibles (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

#### **(a) 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](http://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](http://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 Anestesiologistas.

## 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 prevalecientes 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](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](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.