



SUS PRESTACIONES DE SALUD

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

Nota: La traducción al español de esta Descripción resumida del plan y el Anexo de prestaciones médicas ha sido proporcionada por UnitedAg únicamente para su comodidad. En caso de que exista alguna contradicción entre la versión en español y la versión en inglés, prevalecerá la versión en inglés.

United Agricultural Benefit Trust

Descripción resumida del plan y documento del plan...

Tabla de contenido

Parte	Sección	Título	Página Número
Parte I	Disposiciones sobre elegibilidad		8
	1	¿Quiénes son elegibles para recibir las prestaciones?	8
	2	Restablecimiento de la cobertura	
	3	¿Quiénes son sus dependientes elegibles?	8
	4	Límites de edad de los hijos dependientes	9
	5	Hijos discapacitados o con discapacidad total	9
	6	Fecha de entrada en vigor de la cobertura	9
	7	Fecha de inicio de la cobertura de sus dependientes	9
	8	Comprobante de condición de dependiente	9
	9	Inscripciones tardías	9
	10	Inscripción abierta	10
	11	Inscripciones tardías especiales	10
	12	Órdenes de manutención infantil por motivos médicos (QMCSO) y Notificaciones nacionales de manutención médica (NMSN)	10
	13	Rescisión de la cobertura	11
	14	¿Quién son elegibles para la cobertura dental?	11
Parte II	Finalización de la cobertura		13
	1	¿Cuándo finaliza su cobertura?	13
	2	¿Cuándo finaliza la cobertura de sus dependientes?	13
Parte III	Continuación de la cobertura		13
	1	Continuación tras la finalización del empleo	13
	2	Continuación durante la ausencia en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica	13
	3	Continuación mediante pago propio a través de COBRA y Cal-COBRA	13
	4	Opciones de cobertura alternativas	18
Parte IV	Ampliación de las prestaciones		19
	1	Ampliación de las prestaciones de vida para empleados	19
	2	Prestaciones que no se pueden ampliar	19
Parte V	Definiciones generales		20
	1	Accidente	20
	2	Actividades de la vida diaria	20
	3	ADA	20
	4	Determinación de prestaciones adversas	20

5	Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA)	20
6	Gastos permitidos	20
7	Beneficiario alternativo	20
8	Centro quirúrgico ambulatorio	21
9	Estudio clínico aprobado	21
10	Asignación de prestaciones	21
11	Año calendario	22
12	Enfermera anestesista titulada	22
13	Reclamación limpia	22
14	Complicaciones del embarazo	22
15	Continuidad de la atención	22
16	Continuación de la cobertura	23
17	Panel de contratación	23
18	Proveedores y hospitales contratados	23
19	Coordinación de beneficios (C.O.B.)	23
20	Copago	23
21	Cirugía estética	23
22	Gastos cubiertos	23
23	Cuidados de custodia, rehabilitación o mantenimiento	24
24	Deducible	24
25	Servicios dentales	24
26	Servicio de diagnóstico	24
27	Medicamentos	24
28	Equipo médico duradero	24
29	Médico	24
30	Beneficios de salud esenciales	24
31	Gastos excluidos	25
32	Procedimiento experimental y/o en fase de investigación - Medicamentos/Procedimientos	25
33	Explicación de prestaciones (EOB)	26
34	Centro de cuidados prolongados	26
35	Centro	26
36	Información genética	26
37	Servicios de habilitación	26
38	Centros de salud y bienestar	26
39	Mercado de Seguros Médicos ("Intercambio")	26
40	HIPAA	26
41	Atención médica domiciliaria	26
42	Hospital	26
43	Hospitalización	27
44	Fecha de incurrencia	27
45	Fecha de incurrencia, gastos por embarazo	27
46	Unidad de cuidados intensivos (UCI)	27
47	Licencia por ausencia	27
48	"Separación legal" y/o "Separados legalmente"	27
49	Procedimiento diagnóstico mayor	27
50	Cargo máximo permitido	27

51	Emergencia médica	28
52	Revisión de historial médico	28
53	Trastorno mental o nervioso	28
54	Panel de México	28
55	Servicios y suministros necesarios	29
56	Proveedores y hospitales no contratados	29
57	Enfermera	29
58	Terapia ocupacional	29
59	Tratamiento para la obesidad	29
60	Otro plan	30
61	Gasto por cuenta propia máximo	30
62	Porcentaje a pagar	30
63	Revisión por pares	30
64	Por causa	30
65	Por confinamiento	30
66	Por discapacidad	30
67	Asistente médico	30
68	Atención preventiva	31
69	Proveedor	31
70	Servicios psicológicos o psiquiátricos	31
71	Importe de pago calificado (QPA)	31
72	Razonable o razonabilidad	31
73	Hospital de rehabilitación	32
74	Cobertura de tratamiento residencial	32
75	Habitación semiprivada	32
76	Centro de enfermería especializada	32
77	Disposición especial (circunstancias)	32
78	Subrogación	32
79	Abuso de sustancias/trastorno por consumo de sustancias	32
80	Transparencia y facturas médicas inesperadas, también conocidas como Ley contra las sorpresas	32
81	Telemedicina	33
82	El plan	33
83	Discapacidad total o totalmente discapacitado	33
84	Procedimientos de trasplante	33
85	Terapias de tratamiento	34
86	Atención de urgencia	34
87	Honorarios habituales y acostumbrados	34

Parte VI	Disposiciones generales y limitaciones	35
1	Límites de gastos cubiertos	35
2	Exclusiones generales	35
3	Exclusión de responsabilidad civil frente a terceros	36
4	Servicios no incluidos en el panel prestados fuera de los Estados Unidos	36
5	Derecho de recuperación	36
6	Facilidad de pago	37
7	Derecho a la determinación	37

	8	Proveedor no elegible	37
	9	Exámenes y autopsias	37
Parte VII		Coordinación de prestaciones (C.O.B.)	38
	1	Cobertura/seguro de prestaciones excedentes	38
	2	Limitación del vehículo	38
	3	Orden de determinación de prestaciones	38
	4	Derecho a recibir y divulgar la información necesaria	39
	5	Facilidad de pago	39
	6	Derecho de recuperación	39
	7	Coordinación con Medicare	39
	8	Coordinación dentro del plan	39
	9	Contención de costes y manejo de casos	39
Parte VIII		Recuperación de terceros, subrogación y reembolso	41
	1	Condiciones de pago	41
	2	Subrogación	41
	3	Derecho de reembolso	42
	4	El participante es fiduciario de los activos del plan	42
	5	Exención de responsabilidad	43
	6	Cobertura/seguro de prestaciones de salud adicionales	43
	7	Separación de fondos	43
	8	Muerte por negligencia	43
	9	Obligaciones	43
	10	Compensación	44
	11	Condición de menor de edad	44
	12	Interpretación de idiomas	44
	13	Divisibilidad	44
Parte IX		Sus beneficios del seguro de vida	45
	1	Limitación para jubilados	45
	2	Beneficiario	45
	3	Cambio de beneficiario	45
	4	Consentimiento del beneficiario	45
	5	Métodos opcionales de liquidación	45
	6	Prestaciones del seguro de vida para dependientes	45
	7	Continuación de las prestaciones del seguro de vida	45
	8	Continuación del seguro de vida para dependientes	46
Parte X		Red de prestaciones farmacéuticas	47
	1	Red de prestaciones farmacéuticas	47
	2	Servicios de farmacia del panel	47
	3	Farmacia de pedidos por correo	47
	4	Medicamentos especializados	47
	5	Programa de acceso	47
	6	Programa de acceso Plus	47

7	Apelaciones de resoluciones de prestaciones denegadas/adversas	47
---	--	----

Parte XI	Prestaciones del plan médico	48
1	Gastos médicos no cubiertos	48
2	Gastos hospitalarios (pacientes ingresados)	49
3	Gastos hospitalarios (pacientes ambulatorios) y centros quirúrgicos ambulatorios	49
4	Hospital de convalecencia, centro de enfermería especializada o centro de cuidados prolongados	49
5	Servicio profesional de ambulancia	50
6	Atención médica	50
7	Cirugía y anestesia	50
8	Honorarios de técnicos, laboratorios o clínicas por pruebas diagnósticas	50
9	Gastos de farmacia	50
10	Medicamentos incluidos en el formulario	50
11	Medicamentos, productos y dispositivos huérfanos	50
12	Servicios de enfermería	51
13	Gastos de cobalto, quimioterapia o radioterapia	51
14	Fisioterapia, terapia del habla y acupuntura	51
15	Suministros médicos y dispositivos terapéuticos duraderos	51
16	Prótesis	51
17	Servicios psicológicos, trastornos mentales y nerviosos	52
18	Servicios de médica a domicilio	52
19	Cuidados paliativos	52
20	Derechos especiales al nacer	52
21	Información genética	52
22	Servicios de planificación familiar	52
23	Pruebas genéticas	52
24	Atención preventiva	52
25	Costos habituales para los pacientes que participan en un estudio clínico aprobado	53
26	Dejar de fumar	54
27	Trasplantes	54
28	Aborto electivo	54
29	Terapia de reemplazo hormonal	55
30	Tratamiento del trastorno de identidad de género	55
31	Audífonos pediátricos	55
32	Tratamiento de la infertilidad	55

Parte XII	Prestaciones del plan dental	56
1	Deducible	56
2	Porcentaje a pagar	56
3	Límite máximo del plan	56
4	Procedimientos dentales alternativos	56
5	Servicios dentales preventivos	56
6	Servicios dentales básicos	56
7	Servicios dentales mayores	57
8	Ortodoncia	57

Parte XIII	Prestaciones del plan oftalmológico	59
	1 Importe del copago oftalmológico	59
	2 Importe máximo de la prestación oftalmológica	59
	3 Prestaciones del plan oftalmológico	59
Parte XIV	Reclamaciones de prestaciones	61
	1 Cómo presentar una reclamación por servicios médicos, medicamentos recetados, servicios dentales u oftalmológicos	61
	2 Procedimientos de reclamación	61
	3 Pago de reclamaciones de salud	61
	4 Reclamaciones por fallecimiento y muerte accidental/desmembramiento	62
	5 Plazos para la presentación de reclamaciones	62
	6 Procedimiento de denegación de reclamaciones médicas, medicamentos recetados, dentales u oftalmológicos	62
	7 Determinación de prestaciones desfavorables	62
	8 Procedimientos de revisión y apelación para medicamentos recetados denegados	62
	9 Procedimientos de revisión y apelación para reclamaciones médicas, de medicamentos Recetados, servicios dentales u oftalmológicos denegados	62
	10 Revisión independiente	63
	11 Procedimiento de apelación por denegación de prestaciones de seguro de vida	63
	12 Información y servicio sobre reclamaciones	63
	13 Designación de un representante autorizado	63
	14 Pago de prestaciones	64
	15 Recuperación de pagos	64
Parte XV	Información y declaración de derechos de ERISA	66
	1 Nombre y tipo de administración del plan	66
	2 Patrocinador del plan	66
	3 Nombre y dirección del Fiduciario	66
	4 Nombre y dirección del administrador del plan	66
	5 Nombre y dirección del administrador de prestaciones	66
	6 Notificación de procesos legales	66
	7 Fuente de financiamiento del plan	66
	8 Nombre y dirección de la compañía de seguros de exceso de pérdida	66
	9 Nombre y dirección de las organizaciones de mantenimiento de la salud	66
	10 Nombre y dirección de la compañía de seguros de vida colectivos a término	66
	11 Año fiscal del plan	66
	12 Número del Servicio de Impuestos Internos	66
	13 Modificaciones al plan	67
	14 Número del Servicio de Plan	67
	15 Activos del fondo	67
	16 Ciertos derechos conforme a la ERISA	67
	17 Ciertos derechos a través del Departamento de Seguros de California	67

Parte XVI	HIPAA y Aviso de prácticas de privacidad	68
	1 Compromiso con la protección de la información de salud	68
	2 Definiciones	68
	3 ¿Cómo se puede utilizar y divulgar la información de salud?	68
	4 Usos principales y divulgaciones de la PHI	68
	5 Divulgación de la PHI al patrocinador del plan para fines de la administración del plan	69
	6 Derechos de los participantes	69
	7 Preguntas o quejas	70
	8 Información de contacto	70
Parte XVII	Seguridad HIPAA	70
	1 Divulgación de información electrónica protegida de salud ("PHI electrónica") al patrocinador del plan para fines de administración del plan	71
	2 Definiciones	71
	3 Obligaciones de la UABT	71
	4 Divulgación de cierta información sobre la inscripción al patrocinador del plan	71
	5 Divulgación de la PHI para obtener cobertura de exceso de pérdidas o pérdidas excesivas	71
	6 Resolución de incumplimientos	72
Parte XVIII	Leyes federales	73
	1 Ley contra la discriminación por embarazo	73
	2 Ley de no discriminación por información genética ("GINA")	73
	3 Ley de Licencia Familiar y Médica	73
	4 Ley de Paridad en la Salud Mental de 1996 (MHPA) y Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008 (MHPAEA)	73
	5 Orden de manutención infantil por motivos médicos (QMSCO)	74
	6 Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres (NMHPA)	74
	7 Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer (USERRA)	74
	8 Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA)	74
	9 Sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas	74
Parte XIX	Aviso del Departamento de Seguros de California	76

Descripción resumida del plan y documento del plan...

Parte I, Disposiciones sobre elegibilidad

Sección 1, ¿Quién es elegible para recibir las prestaciones?

Si trabaja a tiempo completo para una empresa participante del United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust (también conocido como United Agricultural Benefit Trust, UnitedAg Benefit Trust o UABT) y cumple con los requisitos acordados entre su empleador y UABT, puede participar en el Plan. Como participante, tendrá derecho a las prestaciones descritas en el Plan durante cada mes calendario en el que su empleador haya realizado la contribución necesaria en su nombre.

De conformidad con el Contrato de Fideicomiso con la UABT, el empleador es responsable de cumplir con las normas de elegibilidad que figuran en la Descripción Resumida del Plan, así como con cualquier norma delegada al empleador que conste en el manual del empleador o en las políticas que puedan afectar la elegibilidad del participante del plan. El manual del empleador y las políticas deben ser aprobados por la UABT durante el proceso de suscripción. Es responsabilidad del empleador mantener registros y metodologías precisos para evaluar y ofrecer cobertura conforme a cualquier ley o mandato federal aplicable y, en última instancia, es responsable de cualquier multa o sanción por incumplimiento de dichas leyes.

Si usted 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 empleador lo despidió o cesó su contrato y lo recontrató (ya sea a su empresa afiliada o subsidiaria) dentro de las trece (13) semanas posteriores a la fecha de su cese, su cobertura se restablecerá el primer día del mes siguiente a su recontratación, siempre que cumpla con todos los demás requisitos de elegibilidad. Su empleador podría restablecer su cobertura después de un período más prolongado, según lo estipulado en el Manual del Empleador o la Política de la Empresa, si se aprueba durante el proceso de suscripción.

Los empleados que se reincorporan al trabajo después de una licencia aprobada o que mantienen su cobertura bajo COBRA no tendrán que cumplir con ningún período de espera.

Aquellos empleados o dependientes cubiertos que se reincorporen al trabajo después del servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos también recuperarán su cobertura inmediatamente después de su regreso al trabajo, siempre que cumplan con ciertos requisitos de la Ley Uniforme de Empleo y Reempleo de los Servicios de 1994 (USERRA). Los empleados deben consultar con su empleador para verificar si su elegibilidad bajo USERRA aplica a ellos o a sus dependientes.

Sección 3, ¿Quiénes son sus dependientes elegibles?

Su cónyuge actual y legítimo (acreditado mediante una licencia de matrimonio válida y sin anulación ni invalidación del matrimonio), su pareja de hecho (acreditada mediante una "Declaración Jurada de Pareja de Hecho" de UABT notariada, disponible en el Departamento de Servicios para Miembros de UABT y archivada con su empleador y UABT) es un dependiente elegible. También se incluyen como dependientes elegibles los hijos biológicos y adoptivos, incluidos los hijastros, y los menores bajo su tutela legal.

Un cónyuge, pareja de hecho y/o hijo dependiente actualmente cubierto por la UABT como empleado puede ser elegible como cónyuge, pareja de hecho o hijo dependiente bajo el mismo u otro empleador de la UABT como participante cubierto por el plan si se cumplen todos los demás requisitos de elegibilidad.

Un niño que esté sujeto a una Orden de manutención infantil por motivos médicos (QMCSO) o a Notificaciones nacionales de manutención médica (NMSN) que establecen la manutención infantil con respecto a un hijo de un participante en un plan de salud grupal o que establecen la cobertura de prestaciones de salud para dicho hijo, emitidas de conformidad con la legislación estatal o federal en materia de relaciones familiares por un tribunal de jurisdicción competente, se considerará elegible si la orden no exige a la UABT ofrecer ningún tipo o forma de prestación que no esté prevista en el plan.

Usted y su cónyuge deben cumplir los siguientes requisitos:

- (a) Usted y su cónyuge no deben haber estado separados legalmente ni haber participado en una separación de prueba durante más de 12 meses consecutivos en la fecha en que el Plan reciba una reclamación limpia por los servicios cubiertos prestados a un cónyuge.
- (b) Usted y su cónyuge deben haber convivido en la misma residencia durante la mayor parte de un año calendario. Si usted o su cónyuge viajan o residen en otro lugar por motivos laborales, para cuidar a un familiar (por ejemplo, debido a una enfermedad o lesión), o residen en otro lugar debido a una enfermedad o lesión suya o de su cónyuge, durante más de la mitad del año del Plan aplicable (y, por lo tanto, residen juntos por menos de la mayor parte del año calendario), pero su residencia principal también es la residencia principal de su cónyuge para todos los efectos legales, reglamentarios y estatutarios, esto constituye convivencia según lo exige esta disposición.
- (c) El empleador podrá optar por limitar la cobertura de su cónyuge si este tiene acceso a la cobertura de salud grupal disponible a través de su propio empleador.

El administrador del plan tiene la facultad discrecional de interpretar estos términos y determinar la condición de cónyuge, según se define en el presente documento, en la medida en que lo permita la ley.

Para ser considerado pareja de hecho elegible:

- (a) La pareja de hecho debe tener al menos 18 años y ser mentalmente competente para celebrar contratos.
- (b) La pareja de hecho debe compartir con usted la responsabilidad de su bienestar y sus obligaciones financieras;
- (c) Usted y su pareja de hecho deben residir en el mismo domicilio durante al menos seis (6) meses antes de la fecha de la certificación notarial ("Declaración de pareja de hecho para la Atención Médica".
- (d) Usted y su pareja de hecho deben mantener una relación exclusiva y comprometida 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 la Atención Médica" 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 su pareja.
- (f) Ni usted ni su pareja de hecho han tenido otra pareja de hecho en los últimos seis meses;
- (g) Ni usted ni su pareja de hecho pueden estar casados; y
- (h) Usted y su pareja de hecho no pueden tener ningún vínculo sanguíneo que impida 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 ante la UABT. Sus padres, abuelos u otros familiares adultos no son elegibles como dependientes bajo el Plan, incluso si viven con usted y/o dependen de usted económicamente.

Un dependiente elegible tiene derecho a las prestaciones descritas en el Plan durante cada mes calendario en el que usted o su empleador hayan realizado las contribuciones necesarias.

Sección 4, Límites de edad de los hijos dependientes

Para tener derecho a la cobertura, un hijo dependiente elegible no debe tener más de veintiséis (26) años de edad. La cobertura de un hijo dependiente continuará hasta el final del mes calendario en el que cumpla 26 años. Para obtener cobertura después de los veintiséis (26) años, consulte la «Parte III, Sección 3, Continuación mediante pago propio a través de COBRA y Cal-COBRA».

Sección 5, Hijos discapacitados o con discapacidad total

Un hijo dependiente elegible, mayor de 26 años y no sea capaz de mantenerse por sí mismo debido a una discapacidad o minusvalía mental o física recibirá la cobertura de la UABT si: (a) el dependiente ha estado cubierto de forma continua por la UABT u otra aseguradora;

(b) La prueba de incapacidad total, expedida por un médico tratante con licencia estatal, se presenta ante el empleador y UABT dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha en que el menor normalmente perdería la cobertura o al momento de la inscripción; (c) la prueba de incapacidad continua se presenta anualmente a partir de entonces; (d) el menor sigue dependiendo totalmente de usted para su sustento; y (e) usted continúa siendo elegible según el Fideicomiso.

Sección 6, Fecha de entrada en vigor de la cobertura

Usted es elegible para la cobertura del Plan el primer día del mes calendario siguiente a cualquier período de espera establecido por su empleador y aceptado por la UABT.

Sección 7, Fecha de inicio de la cobertura de sus dependientes ,

La cobertura de sus dependientes entrará en vigor automáticamente en la fecha en que su cobertura entre en vigor, si: (a) el dependiente es elegible según el Plan, (b) el dependiente figura en su tarjeta de inscripción y (c) se han pagado las contribuciones requeridas para el dependiente.

Los nuevos dependientes adquiridos después de su fecha de entrada en vigor serán elegibles en la fecha del matrimonio, certificación de una unión civil, nacimiento, adopción, colocación en proceso de adopción, colocación para acogida temporal, tutela legal, orden de manutención infantil por motivos médicos o notificación médica nacional de manutención, si completa y presenta un nuevo formulario de inscripción o un formulario de cambio de inscripción dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la fecha en que la persona se convirtió en su dependiente, y se realiza cualquier contribución adicional requerida a UABT.

Sección 8, Comprobante de condición de dependiente

La UABT se reserva el derecho de solicitar información adicional, incluyendo, entre otros, copias de actas de nacimiento, resoluciones judiciales, sentencias de divorcio o certificados de matrimonio (licencias), según sea necesario para establecer la condición de dependiente. La verificación solicitada de la condición de dependiente puede retrasar el procesamiento de una solicitud de prestaciones del Plan hasta que se haya respondido a dicha solicitud. Si no se responde a las solicitudes de documentación en un plazo de 60 días, se podrá dar de baja al dependiente.

Sección 9, Inscripciones tardías

Un inscrito tardío es un empleado o dependiente elegible que rechazó la cobertura de salud a través de UABT al momento de cumplir con los requisitos iniciales para la inscripción o dentro del período de treinta y un (31) días posteriores a un evento que lo califica, y que posteriormente solicita la inscripción en UABT.

UABT podrá excluir de la cobertura a los inscritos tardíos por un período de hasta doce (12) meses a partir de la fecha de su solicitud de cobertura y la presentación del Formulario de Inscripción, o durante el período de inscripción abierta de su empleador, lo que ocurra primero. No se requiere ninguna contribución para el inscrito tardío hasta que comience la cobertura.

Sección 10, Inscripción abierta

Antes del inicio del aniversario de su empleador con UABT, su plan de prestaciones tiene un período de inscripción abierta. Los participantes elegibles que no estén cubiertos por este Plan podrán inscribirse durante los períodos de inscripción abierta. Si ya está inscrito, tendrá la oportunidad de cambiar su cobertura a partir del primer día del próximo año del Plan. Si no realiza una elección durante el período de inscripción abierta, conservará automáticamente su cobertura actual. La cobertura para los participantes que se inscriban durante un período de inscripción abierta entrará en vigor el primer día del mes del aniversario de prestaciones de su empleador, siempre que se cumplan todos los demás requisitos de elegibilidad.

Las condiciones del período de inscripción abierta, incluida la duración del período de elección, serán determinadas por su empleador y la UABT, y se comunicarán antes del inicio del período de inscripción abierta.

Sección 11, Inscripciones tardías especiales

Un beneficiario especial de inscripción tardía es un empleado o dependiente elegible que rechazó los beneficios de UABT durante el período de inscripción inicial debido a que contaba con cobertura alternativa a través de otro plan de beneficios grupales, COBRA, Medicaid, CHIP o Medicare. El beneficiario especial de inscripción tardía debe haber completado un Formulario de Exención de Cobertura de UABT durante el período de inscripción inicial.

UABT ofrece la opción de "Inscripción Especial", que le permite inscribirse en el Plan, incluso si rechazó la inscripción durante el período de inscripción inicial o el período de inscripción abierta de su empleador.

Ni usted ni su dependiente tendrán derecho a la inscripción especial si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- (a) La otra cobertura está o estaba disponible a través de la cobertura continua COBRA y usted o su dependiente no agotaron el tiempo máximo disponible para dicha cobertura COBRA.
- (b) Usted o su dependiente perdieron la otra cobertura como resultado del incumplimiento por parte del individuo del pago de las primas o las contribuciones requeridas, o por una causa justificada (como presentar una reclamación fraudulenta o una declaración falsa intencionada de un hecho relevante en relación con la otra cobertura).

Si usted o sus dependientes que cumplen con los requisitos y las condiciones indicadas en esta disposición son elegibles para el UABT, la elegibilidad será a partir del primer día del mes siguiente a la pérdida de la otra cobertura, siempre que la solicitud se presente dentro de los treinta (31) días posteriores a la pérdida de la cobertura.

Usted o sus dependientes que sean elegibles, pero que no estén inscritos en este Plan, pueden ser elegibles para inscribirse durante un período de inscripción especial si ha adquirido un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, unión civil, tutela legal, nacimiento o adopción. Para ser elegible para esta inscripción especial, el empleado debe presentar una solicitud por escrito o electrónicamente, según corresponda, a más tardar treinta (31) días después de adquirir el nuevo dependiente.

Las siguientes condiciones especiales de inscripción se aplican a cualquier empleado y dependientes elegibles:

Usted o su dependiente que sea elegible, pero que no esté inscrito en este Plan, podrá inscribirse durante un período de inscripción especial si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- (a) El empleado elegible es un empleado cubierto según los términos de este plan, pero decidió no inscribirse durante un período de inscripción anterior.
- (b) Una persona se ha convertido en dependiente del empleado elegible por matrimonio, unión civil, tutela legal, acogida de un niño por parte del empleado, nacimiento, adopción o proceso adopción.
- (c) La cobertura de Medicaid o del Plan Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) del empleado o de su dependiente ha finalizado por pérdida de elegibilidad, y usted solicita cobertura bajo este plan dentro de los 60 días posteriores a la finalización.
- (d) Usted o su dependiente reúne los requisitos para recibir un subsidio de asistencia para contribuciones/primas de Medicaid o un Plan Estatal de Seguro Médico para Niños (p. ej., CHIP), y solicita cobertura bajo el Plan dentro de los 60 días posteriores a la determinación de la elegibilidad.

Si se cumplen las condiciones para la inscripción especial, la cobertura para el empleado y/o sus dependientes entrará en vigor a las 12:01 a. m. del primer día del mes siguiente a los eventos de inscripción especial.

Sección 12, Órdenes de manutención infantil por motivos médicos (QMCSO) y Notificaciones nacionales de manutención médica (NMSN)

La UABT reconoce las órdenes de manutención infantil por motivos médicos y las notificaciones nacionales de manutención médica. Un menor sujeto a dicha orden se considera un "beneficiario alternativo" y se le trata como beneficiario dependiente según el Plan.

Para poder ser considerado QMCSO o NMSN, una orden de manutención médica infantil debe crear o reconocer el derecho de un beneficiario alternativo a recibir las prestaciones a las que el participante tiene derecho según UABT; identificar claramente al participante y al beneficiario alternativo; proporcionar una descripción razonable del tipo de cobertura que se brindará; especificar cada plan al que se aplica la orden y el período de vigencia; y no exigir a UABT que proporcione ningún tipo o forma de beneficio que no esté contemplado en el plan.

El reembolso de los pagos de prestaciones y las copias de las notificaciones relativas a la orden de manutención médica infantil en virtud de la UABT a una QMCSO y/o NMSN pueden hacerse al beneficiario alternativo o al padre custodio del beneficiario alternativo.

Sección 13, Rescisión de la cobertura

Tal y como se define y establece en la Ley de Asistencia Asequible, no se permite la rescisión de sus prestaciones de salud a menos que haya cometido fraude o haya falsificado intencionadamente información relevante en su solicitud de inscripción.

Sección 14, ¿Quién son elegibles para la cobertura dental?

El pago de los gastos cubiertos puede estar limitado por tarifas usuales, acostumbradas y razonables, tarifas negociadas, deducibles, porcentajes a pagar y/o máximos de prestaciones, como se muestra en la tabla de prestaciones de gastos dentales. Consulte la tabla de prestaciones de gastos dentales de su plan para determinar si los beneficios dentales están cubiertos por 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 para el que su empleador haya realizado las contribuciones necesarias en su nombre;
- (b) el último día del mes natural durante el cual usted reúna los requisitos para ser considerado empleado según los términos del Plan o según las políticas, normas o manuales documentados de su empleador's . Las políticas, normas o manuales documentados del empleador prevalecerán sobre los términos del Plan;
- (c) la fecha en que se cancele el Plan, o (d) la fecha en que su empleador deje de ser un empleador participante en el Fideicomiso; o
- (d) Si se determina que usted o uno de sus dependientes ha falsificado una reclamación o los documentos requeridos (es decir, licencia/certificado de matrimonio, certificado de nacimiento, etc.).

La terminación de la cobertura *puede* hacer que usted reúna los requisitos para continuar con la cobertura en virtud de la ley COBRA. Consulte "Part III, sección 3, Continuación mediante pago propio a través de COBRA y Cal-COBRA".

Sección 2, ¿Cuándo finaliza la cobertura de sus dependientes?

La cobertura para todos los dependientes finalizará automáticamente en la fecha en que termine su elegibilidad.

Mientras siga siendo elegible, la cobertura de cualquier dependiente 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 deja de cumplir los requisitos por motivos de edad;
- (c) para un cónyuge o hijo, la fecha en que el dependiente ingresa en un servicio militar de cualquier fuerza armada ("active duty");
- (d) para cualquier dependiente, el último día del mes para el que se recibe la contribución del dependiente en virtud del Plan; o
- (e) para un cónyuge o hijo, la fecha en que se cancela la cobertura de dependientes en virtud del Plan.

La terminación de la cobertura *puede* hacer que sus dependientes reúnan los requisitos para continuar con la cobertura en virtud de la ley COBRA. Consulte "Part III, Sección 3, Continuación mediante pago propio a través de COBRA y Cal-COBRA. Sus dependientes también pueden obtener beneficios a través del Mercado de Seguros Médicos (Intercambio_ en www.HealthCare.gov).

Parte III, Continuación de la cobertura

Sección 1, Continuación tras la finalización del empleo

Su empleador no puede realizar aportaciones por usted después de que haya finalizado su empleo activo a tiempo completo, a menos que su empleador cuente con una política de empleo o un acuerdo de indemnización por despido establecido, por escrito y documentado (presentado y aprobado por escrito por la UABT) que contemple la continuación de las prestaciones en caso de incapacidad laboral o no laboral durante un período de tiempo específico y limitado (que no exceda los 6 meses).

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

Las normas y reglamentos del Fideicomiso no permiten que un empleador continúe realizando aportaciones para un jubilado o cualquier otro empleado una vez que finaliza su empleo activo, a menos que exista un acuerdo de indemnización por despido aprobado.

Si el empleador tiene una política establecida que se aplica a todos los empleados de su categoría laboral y que ha sido aprobada por el Fideicomiso, se puede permitir la continuación de las aportaciones durante períodos restringidos de despido temporal, licencias de ausencia aprobada y/o incapacidad total por lesión o enfermedad, sin exceder los ciento ochenta (180) días.

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

UABT cumple con la FMLA si es aplicable a su empleador. UABT proporcionará estas prestaciones en la medida en que lo exija la legislación aplicable o según lo documentado en el Manual o las Políticas de su empleador y aprobado durante el proceso de suscripción. Si usted es elegible para la licencia FMLA, la cobertura se mantendrá de acuerdo con las mismas condiciones del Plan que se le habrían proporcionado si hubiera sido un empleado activo de forma continua durante todo el período de la licencia.

Cuando un empleador, que cumple los requisitos de la Ley de Licencia Familiar y Médica, notifica al Fideicomiso sobre su elegibilidad para la licencia familiar o médica, se permiten las aportaciones del empleador durante toda la duración de la licencia familiar o médica, bajo la misma cobertura que se habría proporcionado si usted hubiera continuado trabajando.

Sección 3, Continuación mediante pago propio a través de COBRA y Cal-COBRA

Su derecho y el de sus dependientes participantes de UABT a esta cobertura continua fue creado por la ley federal, bajo la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985, enmendada ("COBRA"). Usted y sus dependientes calificarán para la Cobertura Continua COBRA cuando pierdan su cobertura médica grupal a través de su empleador. Sus dependientes que estén cubiertos por el Plan también calificarán cuando, de otro modo, perderían su cobertura médica grupal. Según el Plan, usted y sus dependientes elegibles (llamados beneficiarios calificados) que elijan la Cobertura Continua COBRA deben pagar el costo total de la cobertura, incluyendo una tarifa administrativa razonable.

La cobertura puede terminar de varias maneras, incluyendo el incumplimiento por su parte o por parte de sus dependientes del pago oportuno de las contribuciones (o primas). Para obtener más información, comuníquese con servicios para miembros de UABT al 800.223.4590.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura médica grupal. Por ejemplo, usted y sus dependientes elegibles podrían ser elegibles para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, usted o sus dependientes podrían calificar para primas más bajas. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov. Además, usted o sus dependientes podrían calificar para un período especial de inscripción de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual usted y sus otros dependientes sean elegibles (como el plan de su cónyuge), incluso si dicho plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

(a) Cobertura de continuación COBRA

La "cobertura de continuación COBRA" es una continuación de la cobertura del Plan cuando esta finalizaría debido a un evento en su vida conocido como "evento calificado". COBRA (y la descripción de la cobertura de continuación COBRA que se incluye en este Plan) no se aplica a los siguientes beneficios (si están disponibles como parte del plan del Empleador): seguro de vida, muerte accidental y beneficios por desmembramiento.

(b) Eventos calificados

Un evento calificado es cualquiera de los que se enumeran a continuación. Después de un evento calificado, se le ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a usted y a sus dependientes que sean "beneficiarios calificados". Un beneficiario calificado es aquella persona que está o estuvo cubierta por el Plan UABT y que ha perdido o perderá dicha cobertura debido a un evento calificado.

Un Empleado inscrito en el Plan UABT y que esté cubierto por el mismo se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura debido a alguno de los siguientes eventos calificados.

- 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 calificado si pierde su cobertura bajo UABT debido a cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- 1) Fallecimiento del empleado
- 2) Reducción de la jornada laboral del empleado.
- 3) Finalización de la relación laboral del empleado por cualquier motivo que no sea una falta grave.
- 4) El empleado adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- 5) Los padres se divorcian o se separan legalmente.
- 6) El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como hijo dependiente

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos que dan derecho a la cobertura:

- 1) El padre cubierto por el plan fallece.
- 2) Se reduce el número de horas de trabajo del padre cubierto por el plan.
- 3) La relación laboral del padre cubierto por el plan finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.
- 4) El padre cubierto el plan adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- 5) Los padres se divorcian o se separan legalmente.
- 6) El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como hijo dependiente.

(c) Notificación del empleador sobre eventos calificados

Cuando el evento que califica sea la finalización del empleo (por razones distintas a una falta grave), la reducción de la jornada laboral, el fallecimiento del empleado cubierto o la adquisición del derecho a los beneficios de Medicare (conforme a la parte A, la parte B o ambas), el empleador deberá notificar dicho evento al administrador de COBRA de UABT.

(d) Notificación al empleado sobre eventos calificados

En ciertas circunstancias, usted o sus dependientes elegibles, para proteger sus derechos conforme a COBRA, deberán notificar por escrito al administrador de COBRA, ya sea por correo postal de primera clase o en persona.

Estas circunstancias incluyen cualquiera de las siguientes:

- 1) Notificación de divorcio o separación: Notificación de la ocurrencia de un evento calificado, como el divorcio o la separación legal de un empleado cubierto (o ex empleado) de su cónyuge.
- 2) Notificación de pérdida de la condición de dependiente de un hijo: Notificación de la ocurrencia de un evento calificado, como la pérdida de la elegibilidad de una persona como hijo dependiente según los términos del plan.
- 3) Notificación de un segundo evento calificado: Notificación de la ocurrencia de un segundo evento calificado después de que un beneficiario calificado haya adquirido el derecho a la cobertura de continuación COBRA con una duración máxima de 18 (o 29) meses.
- 4) Notificación sobre discapacidad: Notificación de que un beneficiario calificado con derecho a recibir la cobertura de continuación COBRA con una duración máxima de 18 meses ha sido declarado discapacitado por la Administración del Seguro Social (SSA) en cualquier momento durante los primeros 60 días de la cobertura de continuación COBRA
- 5) Notificación sobre el fin de la discapacidad: Se notifica que un beneficiario calificado, respecto del cual se proporcionó un aviso como el descrito en el punto 4, ha sido posteriormente determinado por la SSA como ya no discapacitado.

La notificación de un evento calificado debe hacerse por escrito a UABT. Usted o sus dependientes también pueden llamar al servicio de atención al miembro de UABT al 800.223.4590.

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

(e) Plazo para presentar la notificación

Para los eventos calificados descritos anteriormente, la notificación debe enviarse dentro de los 60 días posteriores al último evento ocurrido, según se indica a continuación:

- 1) La fecha en la que ocurre el evento calificado.
- 2) La fecha en que el beneficiario calificado pierde (o perdería) la cobertura del plan debido a un evento calificado.
- 3) La fecha en que el beneficiario calificado es notificado mediante el SPD del Plan o el aviso general, y/o adquiere el conocimiento de su condición de beneficiario calificado y/o de la ocurrencia de un evento calificado; así como la responsabilidad posterior de usted o su dependiente de cumplir con los procedimientos del Plan para notificar al Administrador de COBRA sobre dicha condición.

Como se ha descrito anteriormente, si se determina que usted o alguna de las personas a su cargo que reúnen los requisitos necesarios ser declarado como discapacitado según la Ley del Seguro Social, la notificación deberá entregarse en un plazo máximo de 60 días a partir de la última de las siguientes fechas:

- 1) La fecha de la determinación de discapacidad por parte de la SSA.
- 2) La fecha en que se produce un evento calificado.
- 3) La fecha en que el beneficiario calificado pierde (o perdería) la cobertura del Plan como resultado del evento calificado.

- 4) La fecha en la cual usted o su beneficiario calificado es informado, mediante la entrega del SPD del Plan o del aviso general, acerca de la responsabilidad de proporcionar dicho aviso. En cualquier caso, este aviso debe ser presentado dentro de los primeros dieciocho (18) meses de la Cobertura de Continuación COBRA.

En caso de un cambio en el estado de discapacidad descrito anteriormente, el aviso deberá ser entregado a más tardar treinta (30) días después de la última de las siguientes fechas:

- 1) La fecha de la determinación final por parte de la SSA (Administrador de Seguro Social) de que el Beneficiario Calificado ya no está discapacitado.
- 2) La fecha en la cual el Beneficiario Calificado es informado, mediante la entrega del SPD del Plan o del aviso general, tanto de la responsabilidad de proporcionar dicho aviso como de los procedimientos del Plan para proporcionar dicho aviso al Administrador de COBRA.

El aviso deberá tener matasellos postal (si se envía por correo) o, si se envía digitalmente, deberá considerarse recibido cuando se acuse recibo o sea recibido por el Administrador de COBRA de UABT (si se entrega en mano), dentro del plazo establecido anteriormente. Si el aviso se entrega fuera de plazo, se perderá la oportunidad de elegir o extender la Cobertura de Continuación COBRA, y su cobertura bajo el Plan finalizará en la última fecha en la que usted o sus dependientes fueran elegibles conforme a los términos de UABT, o, si la persona está extendiendo la Cobertura de Continuación COBRA, dicha cobertura finalizará en el último día del período inicial de dieciocho (18) meses de cobertura COBRA.

(f) Quién puede proporcionar el aviso

Usted o sus dependientes, con respecto a un Evento Calificativo, o cualquier representante que actúe en nombre suyo y de sus dependientes calificados, pueden proporcionar el aviso. El aviso presentado por un individuo cumplirá con la responsabilidad de proporcionar el aviso en nombre de todos los Beneficiarios Calificados relacionados con respecto al Evento Calificativo.

(g) Contenido requerido del aviso

Después de recibir un aviso de un Evento Calificativo, UABT debe proporcionar al (a los) Beneficiario(s) Calificado(s) un aviso de elección, el cual describe los derechos suyos o de su dependiente calificado a la Cobertura de Continuación COBRA y el procedimiento para realizar dicha elección.

- 1) El aviso debe contener la siguiente información:
- 2) Nombre y dirección del Empleado cubierto o ex empleado.
- 3) Nombre del Plan y nombre, dirección y número telefónico del Administrador de COBRA del Plan. Identificación del Evento Calificativo y su fecha (el Evento Calificativo inicial y su fecha si usted o sus dependientes ya están recibiendo Cobertura de Continuación COBRA y desean extender el período máximo de cobertura).
- 4) Una descripción del Evento Calificativo (por ejemplo, divorcio, separación legal, pérdida de la condición de dependiente, derecho a Medicare por parte del empleado cubierto o ex empleado, fallecimiento del empleado cubierto o ex empleado, discapacidad de un beneficiario calificado o pérdida del estatus de discapacidad).
 - a) En el caso de un Evento Calificativo que sea divorcio o separación legal, se deberán incluir el(los) nombre(s) y dirección(es) del cónyuge y del(os) hijo(s) dependiente(s) cubiertos por el Plan, la fecha del divorcio o de la separación legal, y una copia del decreto de divorcio o separación legal.
 - b) En el caso de un Evento Calificativo que sea la elegibilidad para Medicare del Empleado cubierto o ex empleado, se deberán incluir la fecha de elegibilidad y el(los) nombre(s) y dirección(es) del cónyuge y del(os) hijo(s) dependiente(s) cubiertos por el Plan.
 - c) En el caso de un Evento Calificativo que sea la pérdida de la condición de dependiente por parte de un hijo dependiente conforme al Plan, se deberán incluir el nombre y dirección del hijo, así como el motivo por el cual el hijo dejó de ser dependiente elegible (por ejemplo, haber alcanzado la edad límite establecida).
 - d) En el caso de un Evento Calificativo que sea el fallecimiento del Empleado cubierto o ex empleado, se deberán incluir la fecha de fallecimiento, y el(los) nombre(s) y dirección(es) del cónyuge y del(os) hijo(s) dependiente(s) cubiertos por el Plan.
 - e) En el caso de un Evento Calificativo que sea la discapacidad de un Beneficiario Calificado, se deberán incluir el nombre y dirección del Beneficiario Calificado discapacitado, el(los) nombre(s) y dirección(es) de los demás miembros de la familia cubiertos por el Plan, la fecha en que comenzó la discapacidad, la fecha de la determinación de la SSA, y una copia de dicha determinación emitida por la Administración del Seguro Social (SSA).
 - f) En el caso de un Evento Calificativo que sea la pérdida del estatus de discapacidad, se deberán incluir el nombre y dirección del Beneficiario Calificado que ya no se encuentra discapacitado, el(los) nombre(s) y dirección(es) de los demás miembros de la familia cubiertos por el Plan, la fecha en que finalizó la discapacidad y la fecha de la determinación de la SSA.
- 5) Identificación de los Beneficiarios Calificados (por nombre o por condición).
- 6) Una explicación del derecho de los Beneficiarios Calificados a elegir la cobertura de continuación.
- 7) La fecha en que la cobertura finalizará (o ha finalizado) si no se elige la cobertura de continuación.
- 8) El procedimiento para elegir la cobertura de continuación.
- 9) Lo que ocurrirá si la cobertura de continuación no se elige o se renuncia a ella.
- 10) Qué cobertura de continuación está disponible, por cuánto tiempo, y (si es por menos de treinta y seis (36) meses), cómo puede extenderse en caso de discapacidad o de segundos eventos calificativos.
- 11) Cómo la cobertura de continuación podría finalizar anticipadamente.
- 12) Los requisitos de pago de la prima, incluyendo las fechas de vencimiento y los períodos de gracia.

- 13) Una declaración sobre la importancia de mantener informado al Administrador del Plan acerca de las direcciones de los Beneficiarios Calificados.
- 14) Una declaración que indique que el aviso de elección no describe completamente COBRA ni el Plan, y que se puede obtener más información del Administrador del Plan y del SPD.
- 15) Una certificación de que la información es verdadera y correcta, junto con la firma y la fecha.

Si no puede proporcionarse una copia del decreto de divorcio o de separación legal, o de la determinación de la SSA, antes de la fecha límite establecida para presentar el aviso, deberá completar y presentar el aviso, según las instrucciones, dentro del plazo establecido, y entregar la copia del decreto de divorcio o separación legal o de la determinación de la SSA dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento del plazo. El aviso se considerará presentado en tiempo si se realiza de esta manera. Sin embargo, no estará disponible la Cobertura de Continuación COBRA, ni la extensión de dicha cobertura, hasta que se haya proporcionado la copia del decreto de divorcio o separación legal o de la determinación de la SSA.

Si el aviso no contiene toda la información requerida, el Administrador de COBRA podrá solicitar información adicional. Si usted o su(s) Beneficiario(s) Calificado(s) no proporcionan dicha información dentro del período de tiempo especificado por el Administrador de COBRA en la solicitud, el Administrador de COBRA podrá rechazar el aviso si éste no contiene suficiente información para identificar el plan, a usted y a sus beneficiarios calificados, a los Beneficiarios Calificados, el Evento Calificativo o la discapacidad, y la fecha en que ocurrió el Evento Calificativo, si aplica.

(h) Elección de la Cobertura de Continuación COBRA

Las instrucciones completas sobre cómo elegir la Cobertura de Continuación COBRA serán proporcionadas por UABT dentro de los catorce (14) días posteriores a la recepción del aviso del Evento Calificativo. Usted y/o su(s) Beneficiario(s) Calificado(s) dispondrán de un plazo de sesenta (60) días para elegir la Cobertura de Continuación COBRA. Este período de 60 días se cuenta a partir de la fecha posterior entre la fecha de terminación de la cobertura o la fecha del aviso que contiene las instrucciones. Si la Cobertura de Continuación COBRA no se elige dentro de dicho período de 60 días, el derecho a elegirla caducará.

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

En caso de que UABT determine que una persona no tiene derecho a la Cobertura de Continuación COBRA, el Administrador de COBRA deberá proporcionar a dicha persona una explicación del motivo por el cual no tiene derecho a la Cobertura de Continuación COBRA.

(i) Renuncia antes de que finalice el período de elección

Si durante el período de elección usted o su(s) Beneficiario(s) Calificado(s) renuncian a la Cobertura de Continuación COBRA, dicha renuncia podrá revocarse en cualquier momento antes de que finalice el período de elección. La revocación de la renuncia constituye una elección de la Cobertura de Continuación COBRA. No obstante, si una renuncia se revoca posteriormente, no será necesario proporcionar la cobertura de forma retroactiva (es decir, desde la fecha en que se perdió la cobertura hasta la fecha en que se revocó la renuncia). Las renunciaciones y sus revocaciones se considerarán efectuadas en la fecha en que se envíen a UABT.

(j) Duración de la Cobertura de Continuación COBRA

El período máximo de tiempo indicado a continuación determinará cuánto tiempo estará disponible la Cobertura de Continuación COBRA. El período máximo de cobertura se basa en el tipo de Evento Calificativo y en el estatus del Beneficiario Calificado. Los múltiples Eventos Calificativos que puedan combinarse conforme a COBRA normalmente no extenderán la cobertura más allá de treinta y seis (36) meses contados desde la fecha del Evento Calificativo original. Cuando el Evento Calificativo sea la elegibilidad para Medicare, el período de continuación de treinta y seis (36) meses se contará a partir de la fecha del Evento Calificativo original. Para todos los demás Eventos Calificativos, el período de continuación se contará desde la fecha del Evento Calificativo, no desde la fecha de la pérdida de cobertura.

En el caso de un Evento Calificativo por bancarrota, el período máximo de cobertura para un Beneficiario Calificado que sea jubilado cubierto finalizará en la fecha de fallecimiento del jubilado. El período máximo de cobertura para un Beneficiario Calificado que sea dependiente cubierto del jubilado finalizará en la fecha que ocurra primero entre el fallecimiento del Beneficiario Calificado o treinta y seis (36) meses después del fallecimiento del jubilado.

Cuando el Evento Calificativo sea el fallecimiento del Empleado cubierto (o ex empleado), la elegibilidad del Empleado cubierto (o ex empleado) para beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), un divorcio o separación legal, o la pérdida de elegibilidad de un Hijo Dependiente, la Cobertura de Continuación COBRA se mantendrá por un máximo total de treinta y seis (36) meses.

Cuando el Evento Calificativo sea la terminación del empleo o la reducción de horas de trabajo, y usted haya obtenido elegibilidad para Medicare menos de dieciocho (18) meses antes del Evento Calificativo, la Cobertura de Continuación COBRA para los Beneficiarios Calificados distintos del Empleado cubierto se extenderá hasta treinta y seis (36) meses después de la fecha de elegibilidad para Medicare. Por ejemplo, si usted obtiene elegibilidad para Medicare ocho (8) meses antes de la fecha en que su empleo termina, la Cobertura de Continuación COBRA para usted, su cónyuge y sus hijos podrá durar hasta treinta y seis (36) meses después de la fecha de elegibilidad para Medicare, lo cual equivale a veintiocho (28) meses después de la fecha del Evento Calificativo (treinta y seis meses menos ocho meses).

De lo contrario, cuando el Evento Calificativo sea la terminación del empleo (por razones distintas a falta grave) o la reducción de horas de trabajo, la Cobertura de Continuación COBRA generalmente durará hasta un máximo total de dieciocho (18) meses. Existen dos formas mediante las cuales este período de dieciocho (18) meses de Cobertura de Continuación COBRA puede extenderse.

(k) Extensión por Discapacidad de la Cobertura de Continuación COBRA

La discapacidad puede extender el período de dieciocho (18) meses de la Cobertura de Continuación COBRA en el caso de un Evento Calificativo que consista en la terminación del empleo o la reducción de horas de trabajo, si usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan es determinado como discapacitado por la Administración del Seguro Social (SSA), y usted notifica a UABT. Usted y sus dependientes podrán tener derecho a once (11) meses adicionales de Cobertura de Continuación COBRA, para un total de veintinueve (29) meses, si la discapacidad comenzó antes del sexagésimo (60.º) día de la Cobertura de Continuación COBRA y perduró al menos hasta el final del período inicial de dieciocho (18) meses de Cobertura de Continuación COBRA. El Plan podrá cobrar el ciento cincuenta por ciento (150%) del costo de la prima durante el período extendido de cobertura.

(l) Extensión por Segundo Evento Calificativo de la Cobertura de Continuación COBRA

Si su familia experimenta otro Evento Calificativo mientras recibe dieciocho (18) meses de Cobertura de Continuación COBRA, sus dependientes podrán recibir hasta dieciocho (18) meses adicionales de Cobertura de Continuación COBRA, para un máximo de treinta y seis (36) meses, siempre que el aviso del segundo Evento Calificativo sea proporcionado a UABT. Esta extensión podrá aplicarse en caso de fallecimiento del Empleado, elegibilidad para Medicare Partes A y/o B, divorcio o separación legal, o pérdida de la condición de dependiente conforme a los términos del Plan, si dicho evento también hubiera provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura bajo el Plan independientemente de si el primer Evento Calificativo hubiera ocurrido o no.

(m) Cobertura Extendida Solo para Participantes de California

Una extensión de cobertura de dieciocho (18) meses, para un máximo acumulado de treinta y seis (36) meses, estará disponible para cualquier Beneficiario Calificado de California.

(n) Duración Más Corta de la Cobertura de Continuación COBRA

COBRA establece los períodos mínimos requeridos de cobertura para los beneficios de salud continuados. Sin embargo, un plan puede ofrecer períodos de cobertura más prolongados que los exigidos por COBRA. Los Beneficiarios Calificados de COBRA generalmente son elegibles para cobertura grupal durante un máximo de dieciocho (18) meses después de Eventos Calificativos originados por terminación del empleo o reducción de horas de trabajo. Ciertos Eventos Calificativos, o un segundo Evento Calificativo ocurrido durante el período inicial de cobertura, pueden permitir a un Beneficiario Calificado recibir un máximo de treinta y seis (36) meses de cobertura.

No es necesario que la Cobertura de Continuación COBRA esté vigente por el período máximo indicado en el presente documento. La Cobertura de Continuación COBRA puede concluir antes de la fecha máxima posible si: Su empleador deja de ofrecer un plan de salud grupal a cualquier empleado; Usted o su Beneficiario Calificado no realizan el pago dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento de cualquier contribución o prima requerida; Usted o su Beneficiario Calificado obtienen cobertura bajo otro plan de salud grupal o adquieren derecho a Medicare Parte A o Parte B (lo que ocurra primero); o Cualquier otro evento que permita al Administrador del Plan terminar la cobertura sin ofrecer la Cobertura de Continuación COBRA, como en el caso de la comisión de fraude por parte del Beneficiario Calificado y/o su Dependiente. La Cobertura de Continuación COBRA se extenderá hasta el primer día del mes que ocurra treinta (30) días o más después de la fecha en que la SSA determine que el Beneficiario Calificado ya no se encuentra discapacitado.

(o) Requisitos de Contribución y/o de Prima

El costo de la Cobertura de Continuación COBRA elegida debe pagarse dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a su elección. Los pagos subsiguientes vencerán el primer día de cada mes. La Cobertura de Continuación COBRA será cancelada y no se restablecerá si algún pago se realiza con retraso; sin embargo, UABT deberá otorgar un período de gracia de treinta (30) días durante el cual un pago tardío podrá realizarse sin pérdida de la Cobertura de Continuación COBRA.

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

La Ley de Extensión de Preferencias Comerciales de 2015 ha ampliado ciertas disposiciones de la Ley de Reforma Comercial de 2002, la cual creó un derecho especial de COBRA aplicable a ciertos empleados que han sido despedidos o que han experimentado una reducción de horas y que califican para una "asignación de readaptación comercial" o para la "asistencia alternativa de ajuste comercial". Estas personas pueden optar por recibir un Crédito Fiscal por Cobertura de Salud (HCTC, por sus siglas en inglés) o por obtener el pago anticipado del porcentaje aplicable de las primas pagadas por una cobertura de seguro de salud calificada, incluyendo la Cobertura de Continuación COBRA. Estas personas también tienen derecho a una segunda oportunidad para elegir la Cobertura COBRA para sí mismas y para determinados miembros de su familia (si no habían elegido previamente la Cobertura COBRA). Dicha elección deberá realizarse dentro de un período de sesenta (60) días, que comienza en el primer día del mes en que la persona se vuelve elegible para recibir asistencia conforme a la Ley de Reforma Comercial de 2002. Sin embargo, esta elección no podrá realizarse más de seis (6) meses después de la fecha en que la cobertura del plan de salud grupal de la persona haya finalizado. Su elegibilidad o la de su(s) Beneficiario(s) Calificado(s) para subvenciones conforme a la Ley de Extensión de Preferencias Comerciales de 2015 afecta su elegibilidad para las subvenciones que otorgan asistencia para el pago de primas de la cobertura adquirida a través del Mercado de Seguros de Salud. Por cada mes de cobertura, usted debe elegir una u otra opción, y si recibe ambas durante un año fiscal, el IRS conciliará su elegibilidad para cada subsidio mediante su declaración de impuestos individual. Se recomienda a los participantes consultar a sus asesores fiscales personales sobre los beneficios de utilizar uno u otro subsidio. Los participantes pueden contactar a UABT para obtener información adicional o, si tienen preguntas, pueden llamar sin costo al Centro de Atención al Cliente del Crédito Fiscal por Cobertura de Salud al 1-866-628-4282. Los usuarios de TTD/TTY pueden llamar sin costo al 1-866-626-4282. Puede obtener más información sobre la Ley de Reforma Comercial en el sitio web www.doleta.gov/tradeact; para obtener información sobre el Crédito Fiscal por Cobertura de Salud (HCTC), consulte: <https://www.irs.gov/Credits-&-Deductions/Individuals/HCTC>.

(q) Información Adicional

Por favor, comuníquese con UABT COBRA Services si tiene preguntas sobre su plan o sobre la Cobertura de Continuación COBRA, a la siguiente dirección:

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

Para obtener más información sobre sus derechos conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, HIPAA, la Ley de Atención Médica Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con Member Services o con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (EBSA), o visite <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>. (Las direcciones y números telefónicos de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros de Salud (Marketplace), visite www.HealthCare.gov.

(r) Direcciones Actuales

Información importante puede ser enviada por correo. Para proteger su Cobertura COBRA y la de sus Beneficiarios Calificados, debe mantener informado a UABT sobre cualquier cambio de dirección de los miembros de su familia.

Sección 4 – Opciones Alternativas de Cobertura

Usted puede tener la posibilidad de adquirir cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud o de los Intercambios de Atención Médica. En los Intercambios, también puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca de inmediato las primas mensuales, y puede ver los montos de las primas, los deducibles y los costos de bolsillo antes de decidir inscribirse. Ser elegible para COBRA no limita la elegibilidad de un Beneficiario Calificado para recibir cobertura con crédito fiscal a través del Intercambio. Además, los Beneficiarios Calificados pueden ser elegibles para oportunidades especiales de inscripción en otro plan de salud grupal para el cual sean elegibles, como, por ejemplo, el plan de salud del cónyuge.

Parte IV – Extensión de Beneficios

Sección 1 – Extensión de Beneficios por Seguro de Vida del Empleado

Si usted se encuentra total y continuamente discapacitado como resultado de una enfermedad o lesión en el momento en que su elegibilidad regular para los Beneficios del Seguro de Vida Grupal finaliza, podrá calificar para una extensión de beneficios mediante una exención del pago de primas, válida durante la duración de su discapacidad total.

En caso de que usted llegue a estar totalmente discapacitado, deberá presentar una solicitud de exención de prima ante la Compañía de Seguros que provee los beneficios del seguro de vida grupal de UABT, una vez que haya estado imposibilitado para trabajar durante al menos seis (6) meses consecutivos, pero menos de doce (12) meses.

El no presentar la solicitud de exención de prima dentro del límite requerido de seis (6) a doce (12) meses podrá invalidar su derecho a la exención de prima.

Los formularios correspondientes están disponibles a través de la aseguradora de vida indicada en su certificado de cobertura, o puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Miembro de UABT al (800) 223.4590 para recibir asistencia.

Sección 2 – Beneficios que No Pueden Ser Extendidos

No se proporciona extensión de beneficios durante el período de discapacidad total para los planes médico, de medicamentos con prescripción, dental o de visión ofrecidos por un proveedor independiente a través de UABT. Todos los beneficios bajo estas coberturas finalizarán el último día del mes calendario para el cual la contribución haya sido pagada y aceptada por el proveedor de beneficios.

Parte V – Definiciones Generales

Existen varios términos utilizados en la descripción de los beneficios del Plan que poseen definiciones específicas. Para ayudarle a comprender los límites de su Plan, a continuación, se incluyen dichas definiciones en orden alfabético. Estas definiciones no indican que se trate de servicios o suministros cubiertos, y pueden utilizarse para identificar gastos no elegibles; por lo tanto, deberá consultar la sección correspondiente para obtener información adicional.

Sección 1, Accidente

El término “accidente” o “lesión accidental”, tal como se utiliza en cualquiera de las disposiciones del Plan, se refiere a un incidente inesperado que ocurre sin la intención de causar daño por parte de la persona, y que involucra alguna fuerza, elemento u objeto externo.

Los beneficios por accidente no se aplicarán a ninguna lesión que resulte de: (a) d (b) una lesión sufrida durante la participación en actividades ilegales, excluyendo las infracciones menores de tránsito.

Sección 2, Actividades de la Vida Diaria

El término “actividades de la vida diaria” o ADL (por sus siglas en inglés), tal como se utiliza en las disposiciones del Plan, se refiere a programas de terapia física, ocupacional u otras terapias diseñadas para entrenar a pacientes con funciones deterioradas a fin de realizar tareas básicas, tales como comer, escribir y mantener la higiene personal.

Sección 3, ADA

El término “ADA” significa Asociación Dental Americana.

Sección 4, Determinación Adversa de Beneficios

El término “determinación adversa de beneficios” se refiere a cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Una denegación de beneficios.
- b) Una reducción de beneficios.
- c) Una rescisión de cobertura resultante de un error por parte de su empleador o de una declaración falsa por parte suya, incluso si la rescisión no afecta una reclamación actual de beneficios.
- d) Una terminación de beneficios.
- e) Un incumplimiento en la provisión o en el pago (total o parcial) de un beneficio, incluyendo cualquier denegación, reducción, terminación o falta de pago basada en una determinación de la elegibilidad de un participante para participar en el Plan.
- f) Una denegación, reducción o terminación, o un incumplimiento en la provisión o en el pago (total o parcial) de un beneficio que resulte de la aplicación de una revisión de utilización.
- g) Un incumplimiento en cubrir un artículo o servicio para el cual los beneficios serían de otro modo proporcionados, debido a que se determina que es experimental o de investigación, o que no es médicamente necesario o apropiado.

Sección 5, Ley de Atención Médica Asequible (ACA)

El término “Ley de Atención Médica Asequible (ACA)” se refiere a la ley de reforma del sistema de salud promulgada en marzo de 2010. La ley fue adoptada en dos partes: La Ley de Protección al Paciente y de Atención Médica Asequible, promulgada el 23 de marzo de 2010, y La Ley de Reconciliación de la Atención Médica y la Educación promulgada el 30 de marzo de 2010. El nombre “Ley de Atención Médica Asequible” se utiliza comúnmente para referirse a la versión final y enmendada de la ley. En el presente documento, el Plan utiliza el nombre Ley de Atención Médica Asequible (ACA) para referirse a dicha ley de reforma del sistema de salud.

Sección 6, Gasto Permitido

El término “Gasto Permitido” se refiere al Cargo Máximo Permitido correspondiente a un Gasto Cubierto médicamente necesario. El Gasto Permitido se aplica a tipos específicos de servicios que están cubiertos total o parcialmente según los términos del Plan. La cobertura de un gasto permitido puede estar limitada por disposiciones específicas del Plan o por máximos de beneficios establecidos. Cuando otro plan proporciona beneficios en forma de servicios (en lugar de pagos en efectivo), el Administrador del Plan deberá evaluar el valor de dichos beneficios y determinar el valor monetario razonable del servicio o servicios prestados, estableciendo la cantidad que se habría pagado conforme a los términos del Plan. Los beneficios pagaderos bajo cualquier Otro Plan incluyen aquellos beneficios que se habrían pagado si la reclamación se hubiera presentado debidamente, ya sea que se haya presentado o no.

Sección 7, Beneficiario Alternativo

El término “Beneficiario Alternativo” se refiere a cualquier hijo de un participante en UABT que haya sido reconocido mediante una orden de manutención médica infantil o una notificación nacional de manutención médica como titular del derecho a ser inscrito en el Plan como dependiente.

Sección 8, Centro Quirúrgico Ambulatorio

El término “Centro Quirúrgico Ambulatorio” se refiere a una instalación de atención médica que ofrece la oportunidad de realizar determinados procedimientos y servicios quirúrgicos seleccionados fuera del entorno hospitalario. Un centro de este tipo es una instalación médica moderna enfocada en proporcionar atención quirúrgica ambulatoria el mismo día, incluyendo 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 que: Está financiado federalmente por agencias específicas, como los Institutos Nacionales de Salud (NIH), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), el Departamento de Defensa (DOD) o el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA); o Es conducido por una entidad no gubernamental identificada por las directrices de los NIH; o Se realiza bajo una solicitud de nuevo fármaco en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), si dicha solicitud es requerida. La Ley de Atención Médica Asequible (ACA) exige que, si una persona calificada participa en un ensayo clínico aprobado, UABT no podrá negar la cobertura para los servicios relacionados (“costos rutinarios del paciente”).

Una “persona calificada” es aquella que es elegible para participar en un ensayo clínico aprobado y cuyo médico tratante ha determinado que la participación es apropiada, o bien, que aporta información médica y científica que demuestra que su participación es adecuada.

Los “costos rutinarios del paciente” incluyen todos los artículos y servicios consistentes con la cobertura proporcionada en el plan, que normalmente se cubrirían para un individuo calificado que no esté inscrito en un ensayo clínico. Los costos rutinarios del paciente no incluyen: 1) El artículo, dispositivo o servicio en investigación en sí mismo; 2) Los artículos y servicios proporcionados exclusivamente para satisfacer necesidades de recopilación y análisis de datos, que no se utilizan en la gestión clínica directa del paciente; y 3) Un servicio que sea claramente inconsistente con los estándares de atención ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico en particular. Los planes no están obligados a proporcionar beneficios por servicios rutinarios de atención al paciente realizados fuera del área de la red del plan, a menos que los beneficios fuera de la red estén expresamente contemplados en el plan.

Sección 10, Cesión de Beneficios

El término “Cesión de Beneficios” se refiere a un acuerdo mediante el cual el Participante, a discreción de UABT, cede su derecho a solicitar y recibir el pago de los beneficios del Plan que sean elegibles —excluyendo los deducibles, copagos y el porcentaje de coseguro que no sea cubierto por el Plan—, en estricto cumplimiento con los términos del presente Documento, a favor de un Proveedor. El Plan UABT no permite ni reconoce la Cesión de Beneficios, práctica que muchos proveedores exigen como condición para brindar tratamiento. No obstante, si un Proveedor requiere una Cesión de Beneficios, tal como se define en el presente Documento, y acepta dicho acuerdo, los derechos del Proveedor para recibir los beneficios del Plan serán iguales a los del Participante, pero estarán limitados por los términos de este Documento. Un Proveedor que acepta este acuerdo indica su aceptación de la Cesión de Beneficios, así como de los deducibles, copagos y porcentaje de coseguro que correspondan al Participante, como contraprestación total por los servicios, suministros y/o tratamientos prestados. UABT podrá revocar o ignorar una Cesión de Beneficios a su discreción y continuar tratando al Participante como único beneficiario. La Cesión de Beneficios se aplicará únicamente al pago y no transfiere ningún otro derecho del Participante al Proveedor. Una Cesión de Beneficios no designa al Proveedor ni a ninguna otra persona como Representante Autorizado para efectos de iniciar acciones legales contra UABT.

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

Designación de Representante Autorizado

Un Participante tiene derecho a designar un representante autorizado para actuar en su nombre con respecto a una reclamación de beneficios o una apelación por denegación de beneficios. Una Cesión de Beneficios a favor de un Proveedor no constituye la designación de dicho Proveedor como representante autorizado. Para designar un representante autorizado, el Participante debe completar un formulario, el cual puede obtenerse en UABT. Sin embargo, en relación con una reclamación de atención médica urgente, el Plan permitirá que un profesional de la salud con conocimiento de la condición médica del Participante actúe como su representante autorizado, sin necesidad de completar dicho formulario. En caso de que un Participante designe un representante autorizado, todas las futuras comunicaciones del Plan se realizarán con el representante, y no directamente con el Participante, salvo que el Participante instruya por escrito a UABT lo contrario.

Cesiones

Los beneficios por gastos médicos cubiertos bajo este Plan pueden ser cedidos por un Participante al Proveedor como contraprestación total por los servicios prestados; no obstante, si dichos beneficios son pagados directamente al Empleado, el Plan se considerará liberado de sus obligaciones respecto de dichos beneficios. El Plan no será responsable de determinar la validez de ninguna cesión. El pago de beneficios cedidos se realizará directamente al cesionario, a menos que se haya recibido, antes de presentar la prueba de pérdida, una solicitud escrita de no honrar la cesión, firmada tanto por el Empleado Cubierto como por el cesionario.

Ningún Participante, ya sea durante su participación en el Plan o después de su terminación, tendrá derecho en ningún momento a ceder su derecho a demandar para recuperar beneficios, hacer valer derechos bajo el Plan, o iniciar cualquier otra acción legal contra el Plan o sus fiduciarios.

Un Proveedor que acepte una Cesión de Beneficios, conforme a este Plan y como contraprestación total por los servicios prestados, quedará obligado por las reglas y disposiciones establecidas en el presente documento.

Los beneficios adeudados a cualquier Proveedor de la Red se considerarán “cedidos” automáticamente a dicho Proveedor y se pagarán directamente al mismo, independientemente de que exista o no una Cesión de Beneficios por escrito. No obstante, cualquier cesión o falta de cesión de beneficios, una vez realizado el pago de los beneficios debidos bajo el Plan, se considerará que el Plan ha cumplido plenamente sus obligaciones respecto de dichos beneficios, sin importar si el pago se hizo conforme o no a una cesión existente.

Cualquier beneficio médico, dental o de visión, así como los medicamentos con receta proporcionados por el Plan, podrán ser limitados o reducidos si los servicios son prestados fuera de los Estados Unidos y son fuera de red. El Fideicomiso (Trust) se reserva el derecho de determinar los beneficios pagaderos, si los hubiera, por dichos servicios. No se reconocerá ninguna Cesión de Beneficios a proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos, a menos que UABT la apruebe previamente antes de la fecha de los servicios.

Por favor, consulte la Parte VI, Sección 4 – Servicios Fuera del Panel Incurridos Fuera de los Estados Unidos para conocer los límites aplicables a la cesión a proveedores extranjeros.

Sección 11, Año Calendario

El término “año calendario” significa el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de cada año.

Sección 12, Enfermero Anestesiista Registrado y Certificado

El término “enfermero anestesiista registrado y certificado” se refiere a un enfermero profesional con licencia que administra anestésicos a los pacientes en colaboración con cirujanos, anesthesiólogos, dentistas, podólogos y otros profesionales de la salud calificados. El enfermero anestesiista registrado debe estar certificado (y/o recertificado) por el Consejo de Certificación de Enfermeros Anestesiistas.

Sección 13, Reclamación Limpia

El término “reclamación limpia” se refiere a una reclamación que puede ser procesada de acuerdo con los términos de UABT sin requerir información adicional del Proveedor o de un tercero. Es una reclamación que no carece de documentación obligatoria, ni presenta circunstancias particulares que requieran tratamiento especial y que impidan el pago oportuno, conforme a lo establecido en el presente documento y únicamente en los casos permitidos por el mismo.

Una Reclamación Limpia no incluye las reclamaciones que estén bajo investigación por fraude o abuso, estén bajo revisión por Necesidad Médica u otros criterios de cobertura, tengan honorarios bajo revisión para la aplicación del Gasto Máximo Cubierto u otro asunto que pueda impedir que los cargos sean considerados Gastos Cubiertos, conforme a los términos del presente documento.

Presentación de una Reclamación Limpia. Un Proveedor presenta una Reclamación Limpia proporcionando los elementos de datos requeridos en los formularios estándar de reclamación, junto con cualquier documento adjunto y elementos adicionales o revisiones de los elementos de datos, adjuntos o información adicional de los cuales el Proveedor tenga conocimiento. UABT podrá requerir anexos u otra información complementaria, además de los formularios estándar (según se indica en otras secciones de este documento o en comunicaciones previas a la presentación de la reclamación), con el fin de verificar que los cargos constituyen Gastos Cubiertos, tal como se define y conforme a los términos de este documento. El formulario en papel o el archivo electrónico de la reclamación debe incluir todos los elementos de datos requeridos y debe estar completo, legible y exacto. Una reclamación no será considerada “reclamación limpia” si el Participante no ha presentado los formularios requeridos o la información adicional solicitada por el Plan.

Sección 14, Complicaciones del Embarazo

El término “complicaciones del embarazo” se refiere a un embarazo extrauterino, cesárea, aborto espontáneo, o una enfermedad grave causada por el embarazo. El aborto electivo no se considera una complicación del embarazo a efectos de los beneficios del Plan.

Sección 15, Continuidad de la Atención

En virtud de la Ley de Asignaciones Consolidadas (CAA) de 2021, un Paciente en Continuidad de Atención que se encuentre recibiendo tratamiento por una Condición Grave y Compleja tiene derecho a elegir continuar recibiendo beneficios de nivel dentro de la red de un proveedor (incluidas las instalaciones médicas) cuyo vínculo contractual con el plan de salud haya sido terminado, mientras el paciente continúa recibiendo atención, durante un período de 90 días.

Un Paciente en Continuidad de Atención se define como una persona que:

- a) Se encuentra bajo tratamiento por una condición grave y compleja con el proveedor o la instalación médica;
- b) Se encuentra bajo un curso de atención institucional o de hospitalización con un proveedor o instalación;
- c) Está programado para someterse a una cirugía no electiva con un proveedor, incluyendo la atención postoperatoria del proveedor y/o de la instalación;
- d) Está embarazada y recibiendo atención prenatal del proveedor y/o de la instalación;

- e) Se encuentra, o ha sido determinada como paciente en fase terminal, y está recibiendo tratamiento para una enfermedad por parte del proveedor y/o de la instalación médica.

Una Condición Grave y Compleja se define como una condición que: Es suficientemente grave como para requerir tratamiento especializado a fin de evitar la muerte o un daño permanente; o es una condición potencialmente mortal, degenerativa, incapacitante o congénita, que requiere atención médica especializada durante un período prolongado.

Sección 16, Continuación de la Cobertura

El término "continuación de la cobertura" se refiere a la extensión de todos los beneficios aplicables para todos los miembros elegibles de la familia, bajo circunstancias especiales, conforme a los términos del Plan.

Sección 17, Panel de Proveedores Contratados

El Panel de Proveedores Contratados de UABT o "Panel de la Red" es una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) mediante la cual UABT celebra contratos para servicios de atención médica, dental y de visión destinados a los beneficiarios cubiertos. Estos proveedores han suscrito contratos con la PPO para aceptar una estructura tarifaria competitiva por los servicios médicos prestados. Los beneficios adeudados a cualquier proveedor del Panel de la Red se considerarán "cedidos" a dicho Proveedor y se pagarán directamente al mismo, independientemente de que se haya ejecutado o no una Cesión de Beneficios por escrito.

Una lista de los proveedores del Panel de la Red está disponible sin costo alguno, previa solicitud a UABT, y es accesible en línea o mediante llamada telefónica a la PPO al número que figura al 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 mantiene un contrato con UABT o con su red PPO en el momento en que se prestan los servicios. Los Proveedores Contratados aceptan los honorarios negociados como pago total por los servicios cubiertos.

El término "Hospital Contratado" o "Hospital de la Red" se refiere a un hospital que tiene un contrato con el Fideicomiso o con su red PPO en el momento en que se prestan los servicios. Los Hospitales Contratados aceptan los honorarios negociados en lugar de sus tarifas facturadas. Los beneficios adeudados a cualquier proveedor del Panel de la Red se considerarán "cedidos" a dicho Proveedor y se pagarán directamente al mismo, independientemente de que se haya ejecutado o no una Cesión de Beneficios por escrito.

Una lista de los Proveedores y Hospitales Contratados está disponible sin costo alguno previa solicitud a UABT, o puede comunicarse con la PPO al número telefónico indicado 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 del Cargo Máximo Permitido por los gastos médicos, dentales o de visión cubiertos o por medicamentos recetados.

Sección 20, Copago

El término "copago" o "co-pay" significa el requisito(s) de participación en los costos del paciente, según se especifica en el Cuadro Aplicable de Beneficios por Gastos Médicos, Dentales, de Medicamentos Recetados y/o de Visión.

Sección 21, Cirugía Cosmética

El término "cirugía cosmética" se refiere a los procedimientos destinados a mejorar la apariencia física cuando no existe una alteración funcional. El término "cirugía cosmética" no se aplica a los gastos incurridos por la reparación de una lesión sufrida dentro del año siguiente a un accidente que haya ocurrido mientras la persona estaba cubierta por los beneficios del Plan, por la corrección de una deformidad congénita en un niño que era elegible bajo el Plan al nacer, y/o por la cirugía reconstructiva posterior a una mastectomía para lograr simetría entre los senos, incluyendo prótesis y complicaciones resultantes de una mastectomía (incluido el linfedema).

Sección 22, Gasto Cubierto

El término "gasto cubierto" significa el Cargo Máximo Permitido por un servicio, tratamiento o suministro médicamente necesario. El gasto incurrido por un tipo de tratamiento, servicio o suministro que sea permitido por el Plan, si todas las Definiciones del Plan se han cumplido; los servicios no están excluidos por una Limitación del Plan; y los cargos no exceden el beneficio máximo aplicable, el cual se determinará con base en todas las demás disposiciones del Plan designadas en los cuadros de beneficios. Gasto Cubierto por un servicio, tratamiento o suministro médicamente necesario elegible, destinado a mejorar una condición o la salud del Participante, que sea elegible para cobertura de acuerdo con este Plan. Cuando haya más de una opción de tratamiento disponible y una opción no sea más efectiva que otra, el Gasto Cubierto será la opción de menor costo que no sea menos efectiva que cualquier otra opción.

Sección 23, Atención de Cuidado, Rehabilitación o Mantenimiento

Los términos cuidado, rehabilitación o mantenimiento se refieren a cualquier tipo de atención que ya no se clasifica como aguda, cuando el progreso del paciente se ha estabilizado esencialmente y la discapacidad médica debe considerarse permanente. Dicha atención no se espera razonablemente que mejore la condición médica subyacente, aunque puede aliviar los síntomas de dolor. Este tipo de atención incluye, entre otros, bañarse, vestirse, alimentarse, preparar dietas especiales, ayudar a caminar o a levantarse o acostarse, supervisar la medicación que normalmente puede autoadministrarse, y todas las actividades domésticas. Además, este tipo de atención incluye, entre otros, la atención en una unidad de rehabilitación de un hospital de cuidados agudos, en un centro de cuidados prolongados o en una instalación de enfermería especializada, excepto en los casos previstos por cualquier disposición del Plan sobre Hospital de Convalecencia o Centro de Cuidados Prolongados.

Sección 24, Deducible

El término “deducible” o “deducible en efectivo” significa el monto del gasto cubierto que debe ser incurrido por usted o sus dependientes antes de que los beneficios sean pagaderos conforme a los términos del Plan. Los cargos que no califican como gasto cubierto no pueden utilizarse para satisfacer ninguna parte del deducible del paciente. Tenga en cuenta que su deducible puede reiniciarse si cambia a o desde un plan calificado por una HSA.

Sección 25, Servicios Dentales

El término “servicios dentales” se refiere a los servicios cubiertos en el Cuadro de Beneficios por Gastos Dentales, o a servicios médicos médicamente necesarios relacionados con el pago o reducción de fracturas de mandíbulas o huesos faciales, maloclusión severa / muelas del juicio impactadas que no han erupcionado completamente, cálculos en los conductos salivales, extirpación de malignidades de la boca, cirugías orales que no involucren los dientes o sus estructuras de soporte, y cualquier cirugía ambulatoria en pacientes inmunocomprometidos. Los servicios para tratar el trastorno de la articulación temporomandibular son un Gasto Cubierto bajo el beneficio médico.

Sección 26, Servicio Diagnóstico

El término “servicio diagnóstico” se refiere a los servicios médicamente prescritos con el propósito de proporcionar un diagnóstico para promover y mantener la salud.

Sección 27, Medicamento

El término “medicamento” significa una “sustancia química prescrita por un proveedor médico que se utiliza en el diagnóstico, tratamiento o prevención de una condición o enfermedad”.

Sección 28, Equipo Médico Duradero

El término “equipo médico duradero” significa el equipo médico prescrito por un médico que: 1) Puede resistir el uso repetido, es decir, normalmente podría ser alquilado y utilizado por pacientes sucesivos; y 2) Se utiliza principalmente y habitualmente para un propósito médico; y 3) Generalmente no es útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión; y 4) Es apropiado para su uso en el hogar; y 5) Cumple un propósito terapéutico específico en el tratamiento de una enfermedad o lesión. Ejemplos incluyen sillas de ruedas (manuales y eléctricas), camas de hospital, equipos de tracción, bastones, muletas, andaderas, máquinas de diálisis, ventiladores, oxígeno, monitores, colchones de presión, elevadores y nebulizadores.

El Plan limitará los beneficios por el alquiler del equipo hasta el monto equivalente al precio de compra y solo cubrirá el costo del equipo estándar. Todo equipo médico duradero debe ser prescrito por un médico o profesional de la salud que indique que el equipo es médicamente necesario.

Sección 29, Médico

El término “médico” significa únicamente un profesional de la medicina que ejerce dentro del ámbito de su licencia como Doctor en Medicina (M.D.) o Doctor en Osteopatía (D.O.); o, en la medida en que se otorguen beneficios específicos bajo el Plan, un Doctor en Acupuntura, Odontología, Podología, Optometría o Quiropráctica, que esté debidamente licenciado y acreditado en su campo de la medicina. También se incluye un Óptico licenciado, Psicólogo o Practicante de la Ciencia Cristiana, cuando realicen servicios cubiertos por el Plan.

Sección 30, Beneficios Esenciales de Salud

El término “beneficios esenciales de salud”, tal como se define en la Ley de Cuidado de Salud Asequible, se refiere a aquellos beneficios de salud que deben incluir al menos las siguientes categorías generales y los artículos y servicios cubiertos dentro de dichas categorías: servicios para pacientes ambulatorios; servicios de emergencia; hospitalización; atención de maternidad y del recién nacido; servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias, incluyendo el tratamiento de salud conductual; medicamentos recetados; servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación; servicios de laboratorio; servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluyendo la atención dental y de la visión.

La determinación de cuáles beneficios proporcionados bajo el Plan constituye Beneficios Esenciales de Salud se realizará de conformidad con el plan de referencia del estado de California, según lo permitido por los Departamentos de Trabajo, del Tesoro y de Salud y Servicios Humanos.

Sección 31, Gasto Excluido

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

Sección 32, Procedimiento Experimental y/o de Investigación – Medicamento/Procedimiento

Los términos "procedimientos experimentales", "tratamiento de investigación", "procedimiento de investigación" o "tratamiento experimental" se refieren a medicamentos, terapias, cirugías, ensayos clínicos, protocolos de tratamiento u otros tratamientos médicos que aún están en estudio, no reconocidos como práctica médica aceptada y/o definidos como experimentales por la Asociación Médica Americana (AMA) y/o por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los artículos, medicamentos o sustancias bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) que se encuentran en fase de prueba, pero no han sido aprobados por la FDA y/o CMS, o los medicamentos aprobados utilizados bajo protocolos de tratamiento no reconocidos, no aceptados o no aprobados, también se consideran experimentales.

Estos servicios no están incluidos bajo los procedimientos reembolsables por Medicare, 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 de un segmento razonable de la comunidad médica o de las agencias gubernamentales de supervisión al momento de su prestación.
- 2) Se realizan con fines de investigación, según lo determinado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y el Consejo de Sociedades Médicas Especializadas 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 se considera experimental o de investigación si cumple con cualquiera de los siguientes requisitos:

- 1) Si el medicamento o dispositivo no puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la FDA y/o del Comité Asesor de la FDA.
- 2) Si la aprobación para su comercialización no ha sido otorgada en el momento en que se suministra el medicamento o dispositivo; o
- 3) Si evidencia confiable demuestra que el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico está siendo objeto de ensayos clínicos en Fase I, II o III o se encuentra bajo estudio para determinar 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 evidencia confiable demuestra que el consenso entre los expertos respecto al medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que se requieren más estudios o ensayos clínicos para determinar lo siguiente:
 - a) Dosis máxima tolerada.
 - b) Toxicidad.
 - c) Seguridad.
 - d) Eficacia.
 - e) Eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

Evidencia confiable significará uno o más de los siguientes elementos:

- 1) Únicamente informes y artículos publicados en la literatura médica y científica autorizada.
- 2) El protocolo o los protocolos escritos utilizados por la instalación tratante o por otra instalación que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico.
- 3) El consentimiento informado por escrito utilizado por la instalación tratante o por otra instalación 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 tendrá la misma cobertura que cualquier otro medicamento recetado, siempre que se reconozca como medicamento necesario y apropiado para el tratamiento específico para el cual ha sido prescrito, según al menos una de las siguientes fuentes:

- a) Evaluaciones de Medicamentos de la Asociación Médica Americana.
- b) Información de Medicamentos del Servicio de Formulario Hospitalario Americano.
- c) Información de Medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos.
- d) Un estudio clínico o artículo de revisión publicado en una revista profesional revisada por pares.

Sujeto a criterio médico, si no existe otro tratamiento aprobado por la FDA viable 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 tratamientos.

El Administrador del Plan retiene la máxima autoridad legal y discrecional para determinar qué se considera 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, en el cual se muestran los cargos, pagos y cualquier saldo adeudado a un proveedor. Puede enviarse por correo postal o electrónico. Una Explicación de Beneficios puede servir como una Determinación Adversa de Beneficios.

Sección 34, Centro de Cuidados Prolongados

El término "centro de cuidados prolongados" significa una instalación médica independiente con licencia como hospital de convalecencia o de rehabilitación, o un área específica dentro de un hospital de atención aguda que funcione principalmente como unidad de convalecencia o de rehabilitación. Dicha instalación o unidad debe calificar como "Centro de Cuidados Prolongados" conforme a las normas y regulaciones federales de Medicare.

Sección 35, Instalación

El término "instalación" significa un lugar o fuente de servicios médicos debidamente autorizado y con licencia vigente. Incluye hospitales, centros quirúrgicos ambulatorios, centros de diálisis, cuidados paliativos, atención médica domiciliaria, servicios de enfermería privada clínicas, centros de atención ambulatoria y centros de atención especializada.

Sección 36, Información Genética

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

Sección 37, Servicios de Rehabilitación

El término "servicios de rehabilitación" significa los servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, adquirir o mejorar habilidades y funciones necesarias para las actividades de 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" se refiere a los centros de salud y bienestar de UnitedAg, los cuales proporcionan a usted y a sus dependientes una gama completa de servicios médicos y de tratamiento, enfocados en las necesidades únicas de la comunidad agrícola, que van desde la atención aguda y episódica hasta la gestión de riesgos para la salud y de enfermedades, así como bienestar y prevención. Muchos de los servicios mencionados están disponibles sin copago (\$0) y sin deducible para la mayoría de los planes.

Sección 39, Mercado de Seguros de Salud ("Exchange")

El término "Mercado de Seguros de Salud" ("Exchange") fue creado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, la cual estableció un nuevo mecanismo para la adquisición de cobertura médica denominado Intercambios o Exchanges, que son entidades creadas en los estados con el fin de fomentar un mercado de seguros de salud más organizado y competitivo, ofreciendo una variedad de planes de salud, estableciendo reglas comunes sobre la oferta y precios del seguro, y proporcionando información que ayude a los consumidores a comprender mejor las opciones disponibles.

Sección 40, HIPAA

El término "HIPAA" significa la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996, con sus modificaciones posteriores.

Sección 41, Atención Médica Domiciliaria

El término "atención médica domiciliaria" significa los servicios de atención médica que pueden proporcionarse en su hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. La atención médica domiciliaria puede incluir terapia ocupacional y física, terapia del habla, y servicios de enfermería especializada. También puede implicar asistencia a adultos mayores en actividades de la vida diaria, tales como bañarse, vestirse y alimentarse. Los profesionales de atención médica domiciliaria suelen ser enfermeros prácticos con licencia, terapeutas o asistentes de atención médica domiciliaria.

La atención médica domiciliaria no incluye servicios de enfermería privada.

Sección 42, Hospital

El término "hospital" significa únicamente una instalación médica debidamente autorizada y con licencia que cumpla con todos los siguientes requisitos: (a) Mantiene instalaciones permanentes para la atención de cinco o más pacientes internos residentes. (b) Cuenta con un médico residente de guardia en todo momento. (c) Dispone de instalaciones para realizar cirugías mayores. (d) Proporciona atención de enfermería las veinticuatro (24) horas del día, supervisada por una enfermera graduada registrada. (e) Brinda

principalmente atención médica general de diagnóstico y tratamiento, y no opera como hogar de reposo, asilo, hospital de convalecencia, centro de cuidados prolongados, hogar para ancianos ni centro de tratamiento para abuso de sustancias.

Sección 43, Internamiento Hospitalario

El término "internamiento hospitalario", para efectos de beneficios, significa: (a) Internamiento en un hospital como paciente registrado en cama durante al menos veinticuatro (24) horas consecutivas, incluyendo las pruebas preoperatorias ambulatorias realizadas antes de la hospitalización. (b) Admisión al departamento ambulatorio de un hospital para la realización de un procedimiento quirúrgico. (c) Tratamiento en la sala de emergencias del hospital dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a una lesión accidental.

Sección 44, Fecha en que se Incurre el Gasto

El término "fecha en que se incurre el gasto" para un determinado servicio o suministro se refiere a la fecha en que el servicio fue prestado o el suministro proporcionado al paciente. Si el tratamiento se realiza en fases, los gastos cubiertos se consideran incurridos en las etapas del tratamiento a medida que se llevan a cabo.

Sección 45, Fecha en que se Incurre el Gasto, Gasto por Embarazo

El término "fecha en que se incurre el gasto", respecto a los honorarios globales por atención obstétrica total, significa la fecha del parto, aborto espontáneo o interrupción del embarazo, independientemente de la fecha de facturación, pago o prestación de servicios.

Sección 46, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

El término "unidad de cuidados intensivos" o "UCI", para fines de beneficios, se refiere a un área separada del hospital utilizada exclusivamente para el tratamiento de pacientes en estado crítico, la cual proporciona monitoreo continuo las veinticuatro horas del día por enfermeros especializados y con equipo médico especializado. El término incluye la Unidad de Cuidados Coronarios (CCU) y la Unidad de Cuidados Intensivos para Quemaduras Graves.

Sección 47, Licencia o Permiso de Ausencia

El término "licencia o permiso de ausencia" significa un período de tiempo durante el cual usted debe ausentarse de su trabajo principal con su empleador, manteniendo el estatus de Empleado durante el tiempo fuera del trabajo, generalmente solicitado por usted y aprobado por su empleador, y conforme a lo dispuesto en las normas, políticas, procedimientos y prácticas de su empleador, cuando corresponda.

Sección 48, "Separación Legal" y/o "Legalmente Separado"

El término "separación legal" y/o "legalmente separado" significa un arreglo conforme a las leyes estatales aplicables mediante el cual las partes permanecen casadas, pero mantienen vidas separadas, de acuerdo con una orden judicial válida.

Sección 49, Procedimiento Diagnóstico Mayor

El término "procedimiento diagnóstico mayor" significa los procedimientos de diagnóstico que comúnmente se realizan en un centro de imágenes independiente o en un hospital/instalación, incluyendo, pero sin limitarse a los siguientes: gammagrafías óseas, pruebas de esfuerzo, tomografías computarizadas, pruebas de medicina nuclear, imágenes por resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, mielografía y tomografía por emisión de positrones.

Sección 50, Cargo Máximo Permitido

El término "cargo máximo permitido" significa que el beneficio pagadero por un servicio o tratamiento específico será la tarifa contratada y negociada con la(s) organización(es) de proveedores contratadas por el Fideicomiso, si dicha tarifa existe.

Si no existe una tarifa negociada, el cargo máximo permitido será determinado por el Plan con base en las tasas de reembolso de Medicare actualmente utilizadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), multiplicadas por el 150%, o por un porcentaje que el Proveedor y/o otros en el área acepten habitualmente de todos los pagadores.

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

- Precios establecidos por CMS utilizando los métodos estándar de pago de Medicare y/o basados en datos complementarios de precios de Medicare o Medicaid para artículos que Medicare no cubre, con base en datos de CMS.
- Precios establecidos por CMS utilizando los métodos estándar de pago de Medicare y/o basados en las tasas prevalecientes de Medicare en la comunidad para instalaciones no pertenecientes a Medicare, por servicios y/o suministros similares proporcionados por proveedores de atención con habilidades y capacitación equivalentes.
- Precios establecidos por CMS utilizando los métodos estándar de pago de Medicare para artículos en entornos alternativos, basados en las tasas de Medicare aplicables a servicios y/o suministros similares pagados a proveedores con habilidades y capacitación equivalentes en entornos tradicionales.

Con respecto a los Servicios de Emergencia Fuera de Red, la asignación del Plan será el mayor de los siguientes valores:

- El Monto de Pago Calificado.
- Si corresponde, el monto negociado para Proveedores Dentro de la Red (el monto mediano si existe más de un monto para dichos proveedores).
- El monto normal pagadero por el Plan a proveedores fuera de red (Non-Network), tras considerar los criterios descritos anteriormente (reducido por la participación en los costos).
- El monto que pagarían las Partes A o B de Medicare, reducido por la participación en los costos.

Si, y solo si, ninguno de los factores anteriores es aplicable, el Administrador del Plan ejercerá su discreción para determinar el cargo máximo permitido basándose en cualquiera de los siguientes: (i) Datos de costos de Medicare; (ii) Montos cobrados por proveedores en el área por servicios similares; o (iii) Precio promedio al por mayor (AWP) o precio minorista del fabricante (MRP). Estos factores complementarios tendrán en cuenta los estándares y prácticas de facturación generalmente aceptados.

Cuando existen múltiples opciones de tratamiento y una no es más efectiva que otra, la opción menos costosa que sea igualmente efectiva se considerará dentro del cargo máximo permitido. El cargo máximo permitido estará limitado a un monto que, a discreción del Administrador del Plan, corresponda a servicios o suministros cuyos costos no sean irrazonablemente causados por el Proveedor tratante, incluyendo errores médicos claramente identificables, prevenibles y de consecuencias graves para los pacientes. No se requiere una determinación formal de negligencia o mala práctica del proveedor para que los servicios o tarifas sean considerados no elegibles conforme a esta disposición.

Sección 51, Emergencia Médica

El término “condición médica de emergencia” significa una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso), tal que una persona prudente sin conocimientos médicos especializados, pero con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que la falta de atención médica inmediata resulte en una condición descrita en la Ley de Tratamiento Médico de Emergencias y Trabajo de Parto Activo (EMTALA), incluyendo: (1) Poner en grave peligro la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer). (2) Provocar un deterioro grave de las funciones corporales. (3) Ocasionar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Esta definición incluye las condiciones de salud mental y los trastornos por uso de sustancias.

Conforme a la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social, el término “Servicios de Emergencia” se define como: (1) Un examen médico de detección adecuado dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un hospital o de un departamento de emergencias independiente, incluyendo los servicios auxiliares disponibles de manera rutinaria en dicho departamento, con el propósito de evaluar si existe una condición médica de emergencia; y (2) Cualquier examen médico adicional y tratamiento necesarios para estabilizar al individuo, independientemente del departamento del hospital en el que se realicen dichos procedimientos, dentro de las capacidades del personal y de las instalaciones disponibles en el hospital o en el departamento de emergencias independiente.

Un “departamento de emergencias independiente” se entiende como cualquier instalación de atención médica geográficamente separada y distinta de un hospital, autorizada por el estado para proporcionar servicios de emergencia, incluso si no está licenciada bajo la denominación específica de “departamento de emergencias independiente”.

Las protecciones de participación en los costos y de facturación de saldos establecidas en la Ley “No Surprises Act” continúan desde la sala de emergencias hasta los servicios posteriores a la estabilización en un hospital o departamento de emergencias independiente, hasta que el médico de emergencias tratante o el proveedor responsable determine que el participante, beneficiario o afiliado puede desplazarse mediante transporte no médico o transporte médico no urgente hacia un proveedor o instalación participante disponible, ubicada dentro de una distancia de viaje razonable, tomando en cuenta la condición médica del individuo. Además, deberán cumplirse los requisitos de notificación y consentimiento, así como cualquier requisito adicional de las leyes estatales, de conformidad con los siguientes reglamentos del Código de Regulaciones Federales (CFR): 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), 45 CFR 149.410(b)(5).

Sección 52, Revisión de Registros Médicos

El término “revisión de registros médicos” significa la evaluación y análisis de los registros médicos con el fin de comparar la documentación de la atención brindada con criterios medibles. La calidad del servicio se evalúa revisando el proceso de cada clínica para garantizar la oportunidad y seguridad en la atención adecuada al paciente, lo cual incluye la atención de emergencia, urgente y no urgente. La revisión también considera la necesidad médica del tratamiento y del servicio.

Sección 53, Trastorno Mental o Nervioso

El término “trastorno mental o nervioso” significa cualquier enfermedad o condición, sin importar si su causa es orgánica, que esté clasificada como Trastorno Mental o Nervioso en la edición vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD), publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o que esté incluida en la edición vigente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana, o en cualquier guía estatal relevante o fuente aplicable. El hecho de que un trastorno esté listado en cualquiera de estas fuentes no implica que su tratamiento esté cubierto por el plan.

Sección 54, Panel México

El término “Panel México” se refiere a un médico, hospital, clínica, dentista, laboratorio u otros proveedores de servicios ubicados en México que tengan un contrato vigente con UABT al momento de la prestación de los servicios. Los proveedores del Panel 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 México. Si el proveedor no puede verificar su elegibilidad para los beneficios al momento de la visita, es posible que se le solicite realizar el pago completo o dejar un depósito antes de la prestación de los servicios. Dicho monto será reembolsado tan pronto como se confirme la elegibilidad.

Una lista de Proveedores del Panel México está disponible sin costo alguno a solicitud del participante ante UABT.

Sección 55, Servicios y Suministros Necesarios

El término “servicios y suministros necesarios” se refiere únicamente a aquellos servicios y suministros que son médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Para calificar, los servicios deben ser realizados por o bajo la dirección de un médico, y los suministros deben ser dispensados, prescritos u ordenados por un médico.

Cualquier servicio o suministro debe cumplir con los siguientes requisitos: (a) Cumplir con el estándar vigente de atención médica proporcionada en casos comparables dentro del área geográfica correspondiente. (b) Ser un procedimiento o práctica médica aprobada en los Estados Unidos. (c) Cumplir con los requisitos establecidos por cualquier organismo o agencia con jurisdicción sobre el tipo de servicio o suministro que se proporciona.

El término “Médicamente Necesario”, “Necesidad Médica” y expresiones similares se refieren a los servicios de atención médica ordenados por un médico que actúa con criterio clínico prudente, proporcionados a un Participante con el fin de evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión. Para que tales servicios sean considerados Médicamente Necesarios, deben ser clínicamente apropiados en cuanto a tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión del Participante. El entorno y nivel de servicio médicamente necesario son aquellos que, considerando los síntomas y condiciones médicas del Participante, no pueden proporcionarse en un entorno médico menos intensivo. Asimismo, para que los servicios sean considerados Médicamente Necesarios, no deben ser más costosos que las intervenciones alternativas (incluyendo la ausencia de intervención) y deben tener la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes, sin afectar adversamente la condición médica del Participante. El servicio debe cumplir con todos los siguientes requisitos: (a) Su propósito debe ser restaurar la salud. (b) No debe tener un carácter principalmente asistencial o de custodia. (c) Debe ser ordenado por un médico para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. (d) UABT se reserva el derecho de incorporar las directrices de CMS vigentes en la fecha del tratamiento como criterios adicionales para la determinación de Necesidad Médica y/o Gasto Cubierto.

En el caso de hospitalizaciones, esto significa que la atención aguda como paciente hospitalizado es necesaria debido al tipo de servicios que usted o su(s) dependiente(s) están recibiendo, o por la gravedad de la condición, y que una atención segura y adecuada no puede proporcionarse en un entorno ambulatorio ni en uno médico menos intensivo.

El hecho de que un servicio sea proporcionado, prescrito o aprobado por un médico no implica necesariamente que sea “Médicamente Necesario”. Asimismo, el hecho de que ciertos servicios estén específicamente excluidos de la cobertura bajo este Plan por no considerarse “Médicamente Necesarios”, no significa que todos los demás servicios sean médicamente necesarios. El uso no indicado en la etiqueta de un medicamento se considera Médicamente Necesario cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:

- a) El medicamento ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- b) El uso prescrito del medicamento está respaldado por una de las siguientes fuentes de referencia estándar:
 - 1) Micromedex® DRUGDEX®.
 - 2) Información de Medicamentos del Servicio de Formulario Hospitalario Americano.
 - 3) Compendios aprobados por Medicare (establecidos por el Título XVIII de la Ley del Seguro Social de 1965, enmendada).
 - 4) Evidencia científica respaldada por ensayos clínicos bien diseñados, publicados en revistas médicas revisadas por pares, que demuestren que el medicamento es seguro y eficaz para la condición específica.

Además, el medicamento debe ser Médicamente Necesario para tratar la condición específica, incluyendo condiciones potencialmente mortales o enfermedades crónicas y gravemente debilitantes.

Sección 56, Proveedores y Hospitales No Contratados

Los términos “Proveedor No Contratado”, “Hospital No Contratado”, “Proveedor Fuera de Red”, “Hospital Fuera de Red”, “Proveedor No Afiliado al Panel” y “Hospital No Afiliado al Panel” se refieren a proveedores de servicios de salud que no tienen un contrato vigente con el Fideicomiso o con sus redes contratadas al momento en que se prestan los servicios. El Gasto Cubierto por servicios proporcionados por un Proveedor No Contratado está limitado según lo indicado en el(los) respectivo(s) Programa(s) de Beneficios o Resúmenes de Beneficios aplicables.

Sección 57, Enfermero

El término “enfermero”, para efectos del pago de beneficios, se refiere únicamente a un Enfermero Graduado Registrado (RN) que no sea miembro de la familia inmediata del participante o de su cónyuge. Un Enfermero Vocacional Licenciado (LVN) o Enfermero Práctico Licenciado (LPN) no califica, a menos que un médico haya ordenado la intervención de un RN y ningún RN esté disponible para el servicio.

Sección 58, Terapia Ocupacional

El término “terapia ocupacional”, para efectos del pago de beneficios, significa terapia física destinada a restaurar o fortalecer el movimiento de las manos o brazos que se haya visto afectado por una lesión o enfermedad.

Sección 59, Tratamiento de la Obesidad

El tamizaje y la asesoría sobre obesidad constituyen un Gasto Cubierto cuando un médico autorizado determina que el participante presenta obesidad mórbida y ha cumplido con los criterios para el procedimiento conforme a las guías clínicas reconocidas a nivel nacional. Debe obtenerse autorización previa de UABT para cualquier procedimiento, incluyendo, entre otros: Derivación gástrica Roux-en-Y, Bandas gástricas (ajustables o no ajustables), Gastrectomía en manga, Procedimientos de malabsorción (diversión biliopancreática, cruce duodenal), Gastroplastia vertical con banda.

Sección 60, otro plan

El término “otro plan” significa cualquier plan, póliza o cobertura que proporcione beneficios o servicios por, o en razón de, atención médica, dental o de la vista. Dicho(s) otro(s) plan(es) incluyen seguro de automóvil, seguro de compensación para trabajadores, restitución a víctimas de delitos, etc. . “Otro plan” también incluye Medicare, Medicaid o un programa estatal de seguro de salud infantil (CHIP). Otro plan no incluye cuentas de gastos flexibles (FSA), cuentas de reembolso de salud (HRA), cuentas de ahorros para la salud (HSA) o pólizas individuales de seguro médico, dental o de la vista:

Sección 61, máximo de gasto de bolsillo

El término “máximo de gasto de bolsillo” significa la cantidad más alta de gasto cubierto que usted será responsable de pagar en cualquier año calendario antes de que el fideicomiso comience a pagar el 100% del gasto cubierto por el resto de ese año. Su máximo de gasto de bolsillo incluye su deducible y el porcentaje de coseguro pagadero. Su plan también puede incluir cualquier copago aplicable por servicios médicos específicos. Sus máximos de gasto de bolsillo pueden diferir entre servicios de proveedores contratados y no contratados.

A menos que su plan de beneficios médicos esté identificado como un “plan con derechos adquiridos”, su máximo de gasto de bolsillo combinado de proveedores contratados para deducibles, porcentaje de coseguro pagadero y todos los copagos bajo los planes médico y de prescripción no puede exceder el máximo de gasto de bolsillo de la ACA en un año calendario. (Tenga en cuenta que este máximo puede ser ajustado por mandato federal y su plan se ajustará automáticamente para cumplir con dicho mandato.)

Cualquier gasto médico y/o de medicamento recetado que no cumpla con la definición del plan de gasto cubierto no puede aplicarse a su máximo de gasto de bolsillo.

Por favor tenga en cuenta que su máximo de gasto de bolsillo puede restablecerse si usted cambia a, o desde, un plan calificado HSA.

Sección 62, porcentaje pagadero

El término “porcentaje pagadero” (o coseguro) significa un plan de beneficios en el cual usted paga una parte del pago realizado contra una reclamación. El porcentaje pagadero forma parte de sus costos de bolsillo por una reclamación.

Sección 63, revisión por pares

El término “revisión por pares” significa un(os) consultor(es) médico(s) independiente(s) debidamente acreditado(s) o una junta de revisión elegida por UABT para ayudar a determinar “servicios y suministros necesarios”, la calidad de la atención y/o “honorarios usuales y acostumbrados”, según se definen en la parte V, secciones 55 y 87. Las reclamaciones enviadas a revisión por pares para su determinación podrían tardar hasta 21 días en revisarse. Usted o su proveedor también pueden ser requeridos para proporcionar información adicional en relación con el proceso de revisión.

Sección 64, por causa

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

Sección 65, por confinamiento

El término "por confinamiento", en lo que a usted respecta, se refiere a cualquier accidente o todas las enfermedades que estén siendo tratadas al mismo tiempo. Si usted es un empleado activo, cualquier beneficio limitado por este término se renovará cuando regrese al trabajo por un día completo o esté libre de tratamiento durante seis (6) meses consecutivos entre confinamientos. Para los dependientes, las hospitalizaciones sucesivas por la misma causa se considerarán un solo confinamiento a menos que el paciente pase seis (6) meses consecutivos sin tratamiento para la condición limitada.

Sección 66, por discapacidad

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

Sección 67, asistente del médico

El término “asistente del médico” significa un profesional de la salud con licencia para ejercer la medicina bajo la supervisión de un médico. Dentro de la relación asistente del médico/médico, los asistentes del médico pueden ejercer autonomía en la toma de decisiones médicas y proporcionar una amplia gama de servicios diagnósticos y terapéuticos. Los asistentes del médico entrevistan a los pacientes, recopilan los historiales médicos de los pacientes, realizan exámenes físicos y, según sea necesario, ordenan o realizan las pruebas de laboratorio diagnósticas requeridas.

Sección 68, atención preventiva

“Atención preventiva” significará ciertos servicios de atención preventiva.

Para cumplir con la ACA y de acuerdo con las recomendaciones y directrices, los planes de UABT proporcionan cobertura dentro de la red para: los beneficios por “atención preventiva” incluyen artículos o servicios que tengan en vigor una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos; inmunizaciones para uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tengan en vigor una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; para infantes, niños y adolescentes, atención preventiva y exámenes basados en evidencia según las directrices respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud; y, para mujeres, atención preventiva y exámenes basados en evidencia previstos 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/>;

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

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

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

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

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

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

Para más información, por favor comuníquese con el administrador del plan de UABT o con su empleador.

Sección 69, proveedor

El término “proveedor” se refiere a un profesional médico con licencia que actúe dentro del alcance de su licencia, incluyendo, pero sin limitarse a, médico, enfermero, hospital, farmacia, técnico, terapeuta, clínica o distribuidor de suministros médicos que haya proporcionado el servicio o suministrado los materiales por los cuales se facturó al paciente.

“El alcance de la práctica” se define como las actividades que un profesional de la salud individual tiene permitido realizar dentro de una profesión específica. Dichas actividades deben basarse en una educación, capacitación y experiencia apropiadas.

Sección 70, servicios psicológicos o psiquiátricos

El término “servicios psicológicos o psiquiátricos” para fines de beneficios incluye psicoterapia, pruebas psicométricas, terapia con medicamentos recetados y otros cuidados médicos específicamente descritos como tratamiento o diagnóstico de un trastorno mental o nervioso reconocido. El término también incluye estudios de función cognitiva y otros estudios diagnósticos diseñados para medir niveles de deterioro mental o cognitivo, independientemente de la causa o 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 la cantidad en la que el plan basará su monto de pago por los gastos del plan elegibles cubiertos por las disposiciones de facturación de saldo de la NSA. Es la tarifa contratada mediana 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 el máximo permitido por el plan 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 sean necesarios para la atención y tratamiento de una enfermedad o lesión no causada por el proveedor tratante. Una determinación de que las tarifas o servicios son razonables será hecha por el administrador del plan, tomando en consideración circunstancias o complicaciones inusuales que requieran tiempo, habilidad y experiencia adicionales en relación con un servicio o suministro en particular; los estándares y prácticas de la industria en lo que respecta a escenarios similares; y la causa de la lesión o enfermedad que requiera el/los servicio(s) y/o cargo(s).

Esta determinación considerará, pero no se limitará a, los hallazgos 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 no agrupados. Los servicios, suministros, cuidados y/o tratamientos 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 la autoridad discrecional para determinar si los servicios y/o tarifas son razonables con base en 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 tarifas se consideren no razonables.

Los cargos y/o servicios no se consideran razonables y, como tales, no son elegibles para pago (exceden el cargo máximo permitido) cuando resultan de errores del proveedor y/o condiciones adquiridas en la instalación consideradas “razonablemente prevenibles” mediante el uso de directrices basadas en evidencia, tomando en consideración, pero no limitándose a, las directrices del CMS.

El plan se reserva para sí mismo y para las partes que actúen en su nombre el derecho de revisar los cargos procesados y/o pagados por el plan, con el fin de identificar los cargos y/o servicios que no sean razonables y, por lo tanto, no sean 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 otras condiciones médicas 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 o centro de recuperación, que es una instalación de atención médica con internamiento que proporciona terapia para trastornos por consumo de sustancias, enfermedades mentales u otros problemas de conducta.

Sección 75, habitación semiprivada

El término “habitación semiprivada” se refiere a una habitación de hospital que aloja a dos (2) pacientes.

Sección 76, centro de enfermería especializada

El término “centro de enfermería especializada” es un centro de tratamiento médico y de rehabilitación para pacientes hospitalizados, atendido por profesionales médicos capacitados. La instalación proporciona los servicios médicamente necesarios de enfermeros con licencia, terapeutas físicos y ocupacionales, patólogos del habla 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 (ADLs).

Sección 77, disposición especial (circunstancias)

El término “disposición especial (circunstancias)” significa tratamiento por parte de un proveedor sin contrato 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 sin contrato estarán cubiertos al nivel de beneficios dentro de la red, y se aplicarán el deducible y el máximo de desembolso personal dentro de la red.

Sección 78, subrogación

El término “subrogación” se refiere al derecho del fideicomiso a un reembolso completo (como plan de beneficios de ERISA) por los gastos de reclamaciones adelantados en nombre de un participante que haya resultado lesionado por un tercero, lo cual incluye el derecho a presentar un gravamen contra cualquier tercero que tenga la responsabilidad principal del tratamiento médico, dental o de la vista del paciente, o contra los productos de cualquier recuperación por parte del paciente, y contra los beneficios futuros adeudados bajo el plan, antes de pagar beneficios bajo el plan por esos servicios.

Además de su derecho de subrogación, UABT exige que el paciente y el asesor legal (si se utiliza) acuerden contractualmente reembolsar al fideicomiso en su totalidad por cualquier y todo fallo, acuerdo, compromiso o veredicto por los beneficios adelantados antes del acuerdo por las reclamaciones incurridas como resultado de la lesión o enfermedad causada por un tercero. Esta promesa de reembolso crea un “gravamen equitativo por acuerdo”. UABT tendrá el derecho específico y prioritario de reembolso de los productos de cualquier fallo, acuerdo, compromiso o veredicto resultante de la responsabilidad asumida o decretada de un tercero por dicho accidente o enfermedad.

Sección 79, abuso de sustancias/trastorno por consumo de sustancias

El término “abuso de sustancias”, dondequiera que se utilice en el material descriptivo del plan, se refiere a cualquier enfermedad o condición que esté clasificada como un trastorno por consumo de sustancias u otra adicción o abuso voluntario de sustancias controladas, tal como se indica en la edición actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y tal como se indica en la edición actual del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana. Se incluye en esta definición el abuso voluntario de sustancias inhaladas, ingeridas o inyectadas utilizadas por el paciente de una manera no recomendada por el fabricante y/o no autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (F.D.A.).

El hecho de que un trastorno esté listado en cualquiera de las publicaciones mencionadas no significa que el tratamiento de dicho trastorno esté cubierto por UABT.

Se hace una excepción para el tratamiento de la adicción a la nicotina cuando el paciente participa en un programa reconocido para dejar de fumar bajo la supervisión de un médico. La cobertura se limitará a los cargos por el tratamiento y la medicación recetada en relación con dos (2) programas de cesación durante cualquier período de 12 meses consecutivos.

Sección 80, transparencia y facturas médicas sorpresa, también conocida como la “Ley de No Sorpresas”

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 instruyó a los secretarios de Salud y Servicios Humanos, del Tesoro y del Trabajo a desarrollar reglamentaciones que promovieran la transparencia de precios en el mercado de atención médica. Esto condujo a la publicación de la regla final de Transparencia en la Cobertura 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 incluye protecciones para los consumidores frente a facturación sorpresa por servicios médicos fuera de la red. Además, incluye varias medidas de transparencia de costos médicos que complementan las normas de transparencia emitidas en octubre de 2020. El 1 de julio de 2021, la Oficina de Gestión de Personal, el Departamento del Tesoro, el Departamento de Trabajo y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (“los Departamentos”) aprobaron conjuntamente Normas Finales Provisionales que implementan disposiciones de la Ley de No Sorpresas relacionadas con los servicios de emergencia y facturas médicas sorpresa. Orientaciones y normas adicionales para servicios de ambulancia aérea y procesos de resolución independiente de disputas (IDR) se publicaron en agosto de 2021, octubre de 2021 y agosto de 2022. Además, diversas normas han sido impugnadas en los tribunales y pueden invalidar ciertas normas o los Departamentos pueden emitir nuevas normas en el futuro y en reacción a decisiones judiciales.

Es intención de UnitedAg cumplir plenamente y de la mejor manera posible con una interpretación de buena fe de las normas y orientaciones publicadas con respecto a estas leyes. Esta descripción del plan y documento del plan está destinada a cumplir con las normas y reglamentos disponibles al momento en que se redactó este documento. Se publicarán enmiendas adicionales en el futuro para garantizar el cumplimiento a medida que se publiquen normas y reglamentos adicionales que puedan hacer que la información contenida en este documento sea incorrecta o entre en conflicto con nuevas leyes, normas o reglamentos. Si nuevas leyes, normas o reglamentos entran en conflicto con este documento, UnitedAg los seguirá según se implementen y actualizará este documento tan pronto como sea razonablemente posible, pero no más tarde de un año después de que las nuevas leyes, normas o reglamentos sean implementados.

Sección 81, telemedicina

El término “Telemedicina” es el uso de tecnologías de telecomunicaciones e información para proporcionar atención clínica de salud a distancia. Ayuda a eliminar las barreras de distancia y puede mejorar el acceso a servicios médicos que a menudo no estarían disponibles fuera del horario laboral. El teléfono u otras tecnologías permiten comunicaciones entre el paciente y el personal médico con conveniencia y fidelidad, así como la transmisión de datos médicos, de imágenes y de informática de la salud de un sitio a otro. Los servicios de telemedicina incluyen atención primaria y servicios de atención urgente. También están disponibles servicios de salud conductual, tratamiento dermatológico y programas para dejar de fumar.

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

Los servicios de telemedicina proporcionados a través de un proveedor aprobado por UABT serán pagados de manera consistente con el plan de beneficios.

Sección 82, el plan

El término “el plan” se refiere al United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan and Trust, United Agricultural Benefit Trust, UABT o el plan “fideicomiso” para el cual usted y sus dependientes son elegibles, tal como se describe en este resumen. Sus beneficios bajo el plan se describen completamente en los respectivos calendarios de beneficios del plan o resúmenes de beneficios y en esta descripción del plan.

Sección 83, incapacidad total o totalmente incapacitado

El término “incapacidad total” o “totalmente incapacitado”, en lo que le concierne como empleado activo, significa un período de tiempo en el cual su médico certifica que usted no puede desempeñar las funciones de su trabajo regular, debido a enfermedad o lesión, y usted no está desempeñando ningún otro trabajo por salario o lucro.

Con respecto a sus dependientes elegibles, o usted si es un jubilado cubierto, el término se refiere a un período de tiempo en el cual un médico certifica que el paciente no puede participar en 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 sea declarado totalmente incapacitado por cualquier organismo gubernamental para fines de beneficios.

Sección 84, procedimientos de trasplante

El término “procedimiento de trasplante” significa cualquiera de los siguientes trasplantes de órganos o tejidos de humano a humano: (a) médula ósea; (b) corazón; (c) corazón/pulmón; (d) hígado; (e) pulmón; (f) riñón-páncreas; (g) riñón; (h) ciertas partes de órganos incluyendo únicamente córnea, piel, hueso y tendones. También están cubiertos los trasplantes de ciertas partes artificiales de órganos, incluyendo únicamente: reemplazo de articulaciones por razones funcionales, piel, válvulas cardíacas, injertos y parches (vasculares), marcapasos, placas de metal y lente ocular. Ningún otro trasplante está cubierto.

Los trasplantes de órganos deben realizarse en una Instalación de Red de Trasplantes o un Centro de Excelencia que proporcione programas especializados dentro de instituciones de salud que suministren concentraciones excepcionalmente altas de experiencia y recursos relacionados centrados en los trasplantes de órganos y entregados de manera integral e interdisciplinaria.

Los gastos cubiertos del donante solo se cubren para donantes que son participantes de UABT. Cuando tanto la persona que dona el órgano como la persona que recibe el órgano son participantes bajo UABT, cada uno recibirá beneficios bajo el Plan. (Los gastos del donante para participantes que no sean de UABT pueden considerarse como una 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 IV, incluyendo TPN, terapia de oxígeno hipobárico y terapia respiratoria/inhalatoria.

Sección 86, atención urgente

El término “atención urgente” significa atención médica proporcionada para enfermedades o lesiones que requieren atención pronta pero que típicamente 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 en cumplimiento con las directrices nacionales de codificación correcta y que no: (a) exceden la cantidad que el proveedor normalmente cobra por servicios similares; o (b) exceden la cantidad cobrada por la mayoría de los proveedores por servicios comparables en el área geográfica donde se prestaron los servicios o se suministraron los suministros. El término, según se define, es intercambiable con el término “usual, habitual y razonable” (UCR) o “cargo máximo permitido”.

Si y únicamente si no existe una tarifa negociada para un reclamo determinado, el administrador del plan ejercerá su discreción para determinar la tarifa usual y habitual basándose en cualquiera de los siguientes: tarifas de reembolso de Medicare, datos de costos de Medicare, montos recaudados por proveedores en el área por servicios similares, o precio mayorista promedio (AWP) o precio minorista del fabricante (MRP). Estos factores auxiliares tomarán en cuenta los estándares y prácticas de facturación generalmente aceptados.

Cuando hay más de una opción de tratamiento disponible, y una opción no es más efectiva que otra, la opción menos costosa que no sea menos efectiva que cualquier otra opción será considerada dentro del cargo máximo permitido. El cargo máximo permitido se limitará a una cantidad que, a discreción del administrador del plan, se cobra por servicios o suministros que no son causados de manera irrazonable por el proveedor que trata, incluyendo 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 praxis del proveedor para que los servicios o tarifas se consideren no elegibles conforme a esta disposición.

Parte VI, disposiciones generales y limitaciones

Esta parte de la descripción del plan explica las disposiciones generales que se aplican a los gastos cubiertos bajo todas las secciones de sus calendarios de beneficios del plan o resúmenes de beneficios, incluyendo cualquier limitación general. Aquellas disposiciones que se aplican únicamente a beneficios médicos o únicamente a beneficios dentales, por ejemplo, se encontrarán en las secciones correspondientes que describen el tipo específico de cobertura.

Sección 1, límites en gastos cubiertos

Los gastos cubiertos incluyen únicamente aquellos cargos por un tipo de servicio listado en el/los calendario(s) de beneficios del plan o resúmenes de beneficios aplicables para los cuales usted es elegible. Los gastos cubiertos no incluyen:

- (a) la cantidad por la cual un cargo dado excede el cargo máximo permitido para gastos cubiertos;
- (b) cobertura para una habitación privada en exceso del costo de una habitación semi-privada promedio;
- (c) tratamiento que no sea una práctica generalmente reconocida, aceptada y aprobada en los Estados Unidos;
- (d) procedimientos experimentales y/o ensayos clínicos (sin embargo, los costos rutinarios del paciente asociados con ensayos clínicos aprobados para individuos calificados se consideran gastos cubiertos);
- (e) artículos bajo la jurisdicción de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos que no hayan sido aprobados por la FDA, o que se usen para protocolos de tratamiento no reconocidos, inaceptables o no aprobados;
- (f) servicios o suministros no ordenados por un doctor;
- (g) cargos que no se le habrían facturado si esta cobertura de beneficios no estuviera vigente; gastos incurridos más de dos (2) años después de una proctectomía quirúrgica; y gastos incurridos cuando el paciente no es elegible según los términos del plan.

Sección 2, exclusiones generales

Ningún beneficio por muerte accidental o desmembramiento, atención médica, medicamentos con receta, atención dental o de la vista proporcionados por el plan serán pagaderos por cualquier gasto incurrido en relación con una enfermedad o lesión que:

- (a) esté cubierta por la ley o estatuto de compensación laboral, siempre que la condición sea una para la cual los beneficios estén cubiertos o puedan ser recuperados mediante adjudicación, acuerdo u otro medio, bajo cualquier ley de compensación laboral, responsabilidad del empleador o enfermedad ocupacional, incluso si usted no reclama esos beneficios;
- (b) sea recuperable bajo la Ley Jones (46 U.S.C. 688);
- (c) sea causada por cualquier acto de guerra, declarada o no declarada;
- (d) se produzca durante la participación en delitos graves, delitos menores o actividades ilegales (incluso si el participante nunca es acusado o condenado por el crimen. Esta exclusión no se aplica si la lesión (a) resulta de ser víctima de un acto de violencia doméstica, o (b) resulta de una condición médica documentada (incluyendo condiciones de salud físicas y mentales). UABT no niega beneficios para el tratamiento de una lesión de la víctima causada por violencia doméstica y el participante lesionado que no sea el individuo que participa en la actividad ilegal);
- (e) si la enfermedad o lesión es causada por un tercero (incluyendo, pero no limitado a, malversación o mala praxis de un proveedor médico); y/o
- (f) si el pago está prohibido por la ley.

Además, no se pagarán beneficios por gastos incurridos por:

- (a) Una cita perdida;
- (b) Gastos de viaje, a menos que se mencionen específicamente en otra parte como cubiertos;
- (c) Complicaciones/gastos relacionados con el tratamiento de complicaciones de un servicio o suministro no cubierto, implantes mamarios/cirugía estética u otro servicio o suministro no cubierto;
- (d) Medicamentos con receta no 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 la Junta Asesora de la FDA;
- (f) Cargos por servicios de cuenta o intereses;
- (g) Tratamiento y servicios que involucren a un participante que haya participado en cualquier actividad ilegal debido al uso de alcohol, cannabis, medicamentos prescritos u opioides, o cualquier otra sustancia que cree un estado de intoxicación. Los gastos se cubrirán para participantes lesionados que no sean la persona que participa en la actividad ilegal debido al uso de alcohol, un estado de intoxicación por alcohol o bajo la influencia de cannabis u opioides, y los gastos pueden cubrirse para el tratamiento de abuso de sustancias como se especifica en este plan. Esta exclusión no se aplica si la lesión (a) resulta de ser víctima de un acto de violencia doméstica, o (b) resulta de una condición médica documentada (incluyendo condiciones de salud físicas y mentales);
- (h) Cuidado custodial que no restaure la salud, a menos que se indique específicamente lo contrario;
- (i) Montos deducibles aplicados para satisfacer deducibles y gastos que se definan como responsabilidad del participante de acuerdo con los términos del plan;
- (j) Miembro de la familia inmediata, si los servicios son prestados por un miembro de la unidad familiar inmediata o persona en el mismo hogar, ya sea que la relación sea por sangre o exista legalmente.

- (k) Hormonas de crecimiento (a menos que se determine que son médicamente necesarias).
- (l) Dispositivos auditivos implantables para pérdida de audición natural por edad o pérdida de audición debido a una lesión relacionada con el trabajo;
- (m) Gastos incurridos por otras personas. Que son gastos incurridos por otras personas.
- (n) Tratamiento, servicios y/o suministros que no sean médicamente necesarios.
- (o) Lesiones resultantes de negligencia, misfeasance, malfeasance, nonfeasance o mala praxis por parte de cualquier cuidador, institución o proveedor, según lo determine el administrador del plan, a su discreción, a la luz de las leyes aplicables y la evidencia disponible para el administrador del plan.
- (p) Sin obligación legal. Que corresponden a servicios proporcionados a un participante para los cuales el proveedor de un servicio no cobra ni cobraría normalmente, o cargos incurridos por los cuales el participante o el plan no tiene obligación legal de pagar, o por los cuales no se harían cargos en ausencia de esta cobertura, incluyendo pero no limitado a cargos por servicios no realmente prestados, honorarios, atención, suministros o servicios por los cuales una persona, empresa u otra entidad distinta del participante o del plan pueda ser responsable por la necesidad de los honorarios, atención, suministros o servicios.
- (q) Servicios y tratamientos que no son aceptados como práctica estándar por la Asociación Médica Americana (AMA), Asociación Americana de Hospitales, Asociación Dental Americana (ADA), o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- (r) Reversión de procedimientos de esterilización
- (s) Llenado de formularios de reclamación;
- (t) Diferente al médico tratante. Que sean distintos a 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.
- (u) Prohibido por la ley. En la medida en que el pago bajo este plan esté prohibido por la ley.
- (v) Error del proveedor. Servicios y tratamientos requeridos como resultado de un error irrazonable del proveedor.
- (w) Servicios no realmente prestados.
- (x) Irrazonable. Servicios que no sean razonables en naturaleza o en cargo (ver definición de cargo máximo permitido) o que sean requeridos para tratar enfermedades o lesiones que surjan y se deban a un error del proveedor, en donde dicha enfermedad, lesión, infección o complicación no se esperaba razonablemente que ocurriera. Esta exclusión se aplicará a los gastos directa o indirectamente resultantes de circunstancias que, en opinión del administrador del plan, a su sola discreción, dieron lugar al gasto y no son generalmente previsibles o esperados entre profesionales que practican el mismo tipo(s) de medicina que el proveedor tratante cuyo error causó la(s) pérdida(s);
- (y) Medicamentos para pérdida de peso ya sea recetados por un médico o adquiridos sin receta.
- (z) Programas de tratamiento en la naturaleza / Terapia basada en aventura, modalidad de tratamiento para modificación de conducta y mejora interpersonal y personal, combinando educación experiencial, terapia individual y grupal en un entorno de naturaleza.
- (aa) Artículos de conveniencia personal;

Sección 3, exclusión de responsabilidad de terceros

Ningún beneficio médico, de medicación recetada, dental o de visión proporcionado por el plan es pagadero por gastos incurridos en conexión con una enfermedad o lesión que se determine sea responsabilidad de un tercero. Vea la parte VIII.

Sección 4, servicios fuera del panel incurridos fuera de los EE. UU.

Cualquier beneficio médico, dental o de visión y medicamentos recetados proporcionados por un proveedor fuera del panel puede ser limitado, reducido o denegado si los servicios se realizan fuera de los Estados Unidos continentales, Alaska y Hawái y no están relacionados con una emergencia que amenace la vida. El fideicomiso se reserva el derecho de determinar los beneficios pagaderos, si los hay, por todos dichos servicios. La asignación de beneficios a proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos no será reconocida a menos que UABT lo apruebe antes de la fecha de los servicios. (Esta disposición no se aplica al Panel de Proveedores de UABT México.)

Sección 5, derecho de recuperación

En caso de que ocurra un pago en exceso debido a información errónea, incompleta o inexacta, o error en el procesamiento de reclamaciones, UABT se reserva el derecho de recuperar dicho pago en exceso de cualquier individuo u organización que, a juicio del fideicomiso, se haya beneficiado de dicho pago en exceso. Dicho pago en exceso también puede ser recuperado realizando ajustes o reducciones a cualquier reclamación futura del paciente.

Sección 6, forma de pago

Los beneficios del plan son debidos y pagaderos únicamente al empleado cubierto. Sin embargo, en caso de que el empleado fallezca, quede incapacitado o no pueda ser localizado al momento de procesar 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 recibirlo. El pago realizado de buena fe liberará al fideicomiso de su responsabilidad, y el fideicomiso no podrá ser considerado responsable dos veces por los mismos gastos en caso de error.

Sección 7, derecho a determinación

El hecho de que un procedimiento o nivel de atención sea prescrito por un médico no obliga al fideicomiso a determinar su responsabilidad bajo el 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 definen en la parte V, basándose en la información presentada con el reclamo. Para asistir en tal determinación, el fideicomiso puede basarse en criterios de tarifas regionales reconocidos nacionalmente, programas de detección de fraude y/o revisión por pares independiente debidamente acreditada.

El fideicomiso se reserva el derecho de negar cargos por:

- (a) procedimientos que se consideren experimentales, de valor no comprobado o de utilidad cuestionable;
- (b) procedimientos que tiendan 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 usan repetidamente;
- (d) procedimientos que puedan realizarse con igual eficacia en un nivel de tratamiento inferior; o
- (e) servicios médicos, pruebas o suministros por cualquier proveedor que solicite pacientes en eventos públicos y/o mediante publicidad indicando que aceptará cualquier pago realizado por el plan de salud del paciente, excepto que esta exclusión no aplicará a una instalación que sea un proveedor contratado o miembro de la organización de proveedores preferidos del fideicomiso.

Cualquier acuerdo sobre honorarios o cargos realizado entre el individuo y el médico no obligará al fideicomiso en la determinación de 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 servicios o suministros proporcionados por ese proveedor en base a que dicho proveedor haya realizado servicios innecesarios, facturado de manera inapropiada o participado en prácticas de facturación cuestionables, poco éticas o fraudulentas según lo determine a la sola y absoluta discreción de la Junta de Fiduciarios.

Sección 9, exámenes y autopsias

UABT se reserva el derecho de examinar a cualquier persona para la cual se presente un reclamo en cualquier momento y con la frecuencia que considere necesaria durante cualquier período en que un reclamo esté pendiente. En caso de fallecimiento, el fideicomiso puede requerir una autopsia cuando sea legalmente permitido.

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

No es la intención del plan reembolsarle más que su gasto real de bolsillo. Los beneficios pagaderos bajo el plan se coordinarán con cualquier otra cobertura de beneficios de salud grupal 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 tenga derecho.

Sección 1, cobertura de beneficio excedente/seguro

Si al momento de la lesión, enfermedad, padecimiento o discapacidad existe, o potencialmente existe, cualquier otra fuente de cobertura (incluyendo, pero no limitado a, cobertura derivada de un juicio legal o acuerdos), los beneficios de UABT aplicarán únicamente como exceso sobre dichas otras fuentes de cobertura.

Los beneficios del plan serán excedentes, siempre que sea posible, respecto a cualquiera de los siguientes:

- (a) Cualquier pagador primario distinto de UABT.
- (b) Cualquier seguro de primera persona a través de cobertura de pagos médicos, protección por lesiones personales, cobertura sin culpa, cobertura de conductor no asegurado o con seguro insuficiente.
- (c) Cualquier póliza de seguro de cualquier compañía de seguros o garante de un tercero.
- (d) Compensación laboral u otra compañía de seguro de responsabilidad.
- (e) Cualquier otra fuente, incluyendo, pero no limitado a, fondos de restitución a víctimas de delitos, cualquier beneficio médico, de discapacidad u otro, y cobertura de seguro escolar.

Sección 2, limitación de vehículo

Cuando los pagos médicos estén disponibles bajo cualquier seguro de vehículo, UABT pagará únicamente beneficios excedentes, sin reembolso por deducibles del plan y/o póliza del vehículo. UABT siempre será considerado secundario a dichos planes y/o pólizas. Esto aplica a todas las formas de pagos médicos bajo planes y/o pólizas de vehículos sin importar su nombre, título o clasificación.

Sección 3, orden de determinación de beneficios

La Coordinación de Beneficios (o COB, como usualmente se llama) opera de manera que uno de los planes (llamado plan primario) pagará sus beneficios primero. El plan secundario y los planes subsecuentes pagarán el saldo hasta el 100% del gasto máximo permitido del plan. En ningún caso los beneficios combinados de los planes primario y secundario excederán el 100% del gasto máximo permitido; donde exista un conflicto en las reglas, el plan nunca pagará más del cincuenta por ciento (50%) de los gastos permitidos cuando pague como secundario.

Cuando cualquier paciente esté cubierto bajo dos o más planes de beneficios de salud, las reglas de UABT para determinar el orden de pago de beneficios son las siguientes:

- (a) El plan que cubre al paciente como "empleado activo" o "individuo" será el pagador primario para esa persona para todos los beneficios, incluyendo, pero no limitado a, beneficios médicos, dentales, de visión y de medicamentos recetados.
- (b) Si el paciente es elegible como jubilado bajo un plan y como empleado activo bajo otro, el plan que cubre al individuo como empleado activo será primario.
- (c) Si el paciente está cubierto como empleado activo bajo dos o más planes, el plan con la fecha de vigencia más temprana será primario.
- (d) Si el paciente es un hijo dependiente, los beneficios del plan del padre cuyo cumpleaños ocurra primero en el año serán primarios sobre el plan del padre cuyo cumpleaños ocurra después en el año. Si los padres naturales están divorciados, el pagador primario será el plan del padre custodio, a menos que la cobertura del hijo dependiente esté sujeta a una orden judicial calificada; el pagador secundario será el plan que cubre a cualquier padrastro con quien el hijo viva y el plan que cubre al padre natural no custodio será el último.
- (e) Si el paciente es un hijo dependiente, para los fines de beneficios pediátricos dentales y/o de visión mandatados incluidos en el plan médico, si el plan del padre proporciona cobertura dental y/o de visión independiente del plan médico, el plan dental independiente y el plan de visión independiente serán el pagador secundario de los beneficios.

Cuando se determine que UABT es el pagador secundario, basado en las reglas mostradas arriba, los gastos cubiertos no incluyen cargos que no habrían sido facturados al paciente en ausencia de este plan de beneficios.

Cuando un pagador primario niega un reclamo por necesidad médica, UABT puede hacer su propia determinación de necesidad médica y pago de beneficios. Si el pagador primario niega un reclamo y UABT paga un reclamo, UABT será el pagador primario 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 reclamo debe enviarse primero al pagador primario, según lo determinado por el orden anterior. Cuando se reciba aviso de pago del pagador primario, una copia de todas las facturas y la explicación de beneficios proporcionada por el primer pagador deberá enviarse al asegurador secundario para el pago coordinado.

Sección 4, derecho a recibir y divulgar información necesaria

UABT y/o el administrador del plan pueden, sin aviso ni consentimiento de ninguna persona, divulgar a u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización o individuo cualquier información respecto a cobertura, gastos y beneficios que el administrador del plan, a su exclusivo criterio, considere necesaria para determinar, implementar y aplicar los términos de esta disposición o de cualquier disposición de propósito similar de cualquier otro plan. Cualquier participante que reclame beneficios bajo este plan deberá proporcionar al administrador del plan la información solicitada y que pueda ser necesaria para implementar esta disposición.

Sección 5, forma de pago

A efectos de coordinación, UABT se reserva el derecho de: (a) divulgar a u obtener de cualquier otra organización o individuo cualquier información de reclamo que el fideicomiso u otro proveedor de beneficios pueda requerir; (b) recuperar cualquier sobrepago realizado bajo el plan debido a su falta de informar otra cobertura al presentar un reclamo y la falta del fideicomiso de considerar dicha cobertura al efectuar un pago; y (c) reembolsar a cualquier otra organización una cantidad que UABT determine como justificada, si los pagos que debieron hacerse bajo el plan fueron realizados por la otra organización.

Sección 6, derecho de recuperación

De conformidad con la disposición de recuperación de pagos, siempre que se hayan realizado pagos por parte de UABT con respecto a gastos cubiertos en un monto total, en cualquier momento, que exceda el monto máximo de pago necesario en ese momento para satisfacer la intención de esta sección de coordinación de beneficios, UABT tendrá el derecho de recuperar dichos pagos, en la medida de dicho exceso, de cualquiera de los siguientes según determine este plan: cualquier persona a quien o con respecto a quien se realizaron dichos pagos, o su representante legal; cualquier compañía de seguros; o cualquier otro individuo u organización que el plan determine como responsable del pago de dichos gastos permitidos, y cualquier beneficio futuro pagadero al participante o a sus dependientes.

Sección 7, coordinación con Medicare

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

Si usted o un dependiente elegible han calificado para Medicare debido a enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), el fideicomiso será el pagador primario 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 discapacidad (distinta a ESRD), el fideicomiso será el pagador primario.

Medicare puede ser el primario durante el primer mes de tratamiento de diálisis si (i) el beneficiario participa en un programa de entrenamiento de diálisis en casa en una instalación aprobada por Medicare para aprender a realizar tratamiento de diálisis autónoma en casa; (ii) el beneficiario inicia el entrenamiento de diálisis en casa antes del tercer mes de diálisis; y (iii) el beneficiario espera completar el entrenamiento de diálisis en casa y realizar tratamientos de diálisis autónoma.

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

La cobertura de Medicare puede establecerse dos meses antes del mes del trasplante si el trasplante se retrasa más de dos meses después de que el beneficiario es admitido en el hospital para el trasplante o para servicios de salud 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 pagador primario de beneficios.

Sección 8, coordinación dentro del plan

Si cualquier cargo médico, dental, de visión o medicamento recetado está cubierto bajo dos o más planes de beneficios del fideicomiso, los beneficios se coordinarán de manera que el pago total no exceda el 100% de los cargos máximos permitidos del plan para servicios y suministros cubiertos.

Sección 9, control de costos y gestión de casos

El plan puede, a su exclusivo criterio y cuando actúe sobre una base que impida la selección individual, permitir beneficios alternativos que de otro modo podrían no ser pagaderos bajo el plan. Los beneficios alternativos, llamados “gestión 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 los mismos o similares beneficios alternativos para el mismo o cualquier otro individuo cubierto, ni se considerará como renuncia del derecho del plan a hacer cumplir estrictamente las disposiciones del plan. La gestión de casos es un programa de administración de costos diseñado para proporcionar una referencia oportuna y coordinada a instalaciones de

atención alternativa a un individuo cubierto que sufre una enfermedad o lesión catastrófica mientras está cubierto bajo este plan.

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

- (a) Embarazo de alto riesgo
- (b) Recién nacido de alto riesgo
- (c) Accidente cerebrovascular (ACV o derrame cerebral)
- (d) Esclerosis múltiple
- (e) Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- (f) Cánceres / Tumor maligno
- (g) Enfermedad cardiopulmonar severa
- (h) Leucemia
- (i) Traumatismo craneal mayor y lesión cerebral secundaria a enfermedad
- (j) Lesión de la médula espinal
- (k) Amputación
- (l) Fracturas múltiples
- (m) Quemaduras graves
- (n) SIDA
- (o) Trasplante
- (p) Cualquier reclamo que se espere que supere los \$25,000

Cuando el gestor de casos sea notificado de uno de los diagnósticos anteriores (o cualquier otro diagnóstico para el cual la gestión de casos pueda ser apropiada a la exclusiva discreción del plan), el gestor de casos se pondrá en contacto con el individuo cubierto para discutir el tratamiento médico actual y facilitar la atención médica futura. El gestor de casos también consultará con el médico tratante para desarrollar un plan de tratamiento por escrito que describa todos los servicios y suministros médicos a utilizar, así como el entorno de tratamiento más apropiado. El plan de tratamiento podrá modificarse de manera intermitente conforme cambie la condición del individuo cubierto, con el acuerdo mutuo del gestor de casos, 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 de otro modo bajo el plan. El nivel de beneficio para entornos de tratamiento alternativos puede ser el mismo que el nivel de beneficio hospitalario, en ausencia del programa de gestión de casos. Para todos los demás servicios y suministros, el nivel de beneficio será el mismo que el beneficio para tratamiento médico ambulatorio, en ausencia del programa. En el caso de que haya múltiples entornos disponibles para el tratamiento, el plan podrá renunciar a una parte del deducible o coaseguro 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 gestor de casos anulará el plan de tratamiento, y todos los cargos estarán sujetos a las disposiciones regulares de este plan.

Parte VIII, recuperación de terceros, subrogación y reembolso

Sección 1, condición de pago

Si usted o uno de sus dependientes elegibles incurre en gastos médicos, de medicamentos con receta, dentales y/o de visión como resultado del acto de un tercero (persona o entidad) que de otro modo habría sido cubierto por los beneficios de su plan UABT y la determinación final de la responsabilidad de un tercero está pendiente de litigio, arbitraje u otros procedimientos de liquidación prolongados, UABT puede aceptar adelantar el pago de dichos beneficios bajo un acuerdo de subrogación. En tales casos, UABT requerirá de usted la autorización de reembolso del participante/paciente y el acuerdo de subrogación, así como el reconocimiento y asentimiento al reembolso de su abogado (si se retiene uno) para ejecutar un “acuerdo y gravamen”.

UABT, a su exclusivo criterio, puede optar por adelantar condicionalmente el pago de beneficios en situaciones donde una lesión, enfermedad o padecimiento sea causada en todo o en parte por, o resulte de los actos u omisiones suyos y/o de sus dependientes, o de terceros. Cuando cualquier parte además de UABT pueda ser responsable de los gastos derivados de un incidente o accidente, y/o existan otros fondos disponibles, incluidos, entre otros, cobertura sin culpa, cobertura de conductor no asegurado, cobertura de conductor con seguro insuficiente, disposiciones de pago médico, activos de terceros, seguro de terceros y/o fiador(es) de un tercero (colectivamente “cobertura”).

Usted y/o sus dependientes, su abogado o el abogado de su dependiente, y/o el tutor legal de un menor o de una persona incapacitada, acuerdan que la aceptación del pago condicional de beneficios médicos del plan constituye notificación constructiva de estas disposiciones en su totalidad y acuerdan mantener el 100 % del pago condicional de UABT o el monto total del pago de cualquier combinación de fuentes de primer y tercer partido en fideicomiso, sin alteraciones excepto para el reembolso a UABT. UABT tendrá un gravamen equitativo sobre cualquier fondo recibido por los lesionados y/o su abogado de cualquier fuente, y dichos fondos serán mantenidos en fideicomiso hasta que se cumplan completamente las obligaciones bajo esta disposición. Usted o sus dependientes acuerdan incluir a UABT como co-beneficiario en cualquier borrador de liquidación. Además, al aceptar los beneficios, los participantes entienden que cualquier recuperación obtenida conforme a esta sección es un activo del plan en la medida del monto de los beneficios pagados por el plan y que el participante actuará como fiduciario de esos activos del plan.

En caso de que usted o sus dependientes lleguen a un acuerdo, recuperen o sean reembolsados por cualquier cobertura derivada de la lesión de un tercero, usted o sus dependientes acuerdan reembolsar al plan el cien por ciento (100 %) de los beneficios pagados o que serán pagados por UABT en nombre del participante. Cuando dicha recuperación no incluya el pago por tratamiento futuro, el derecho del plan a reembolso se extiende a todos los beneficios pagados o que serán pagados por el plan en nombre suyo y de sus dependientes por los cargos incurridos hasta la fecha en que dicha cobertura o tercero quede totalmente liberado de responsabilidad, incluidos los cargos aún no presentados al plan. Si el participante no reembolsa al plan con base en cualquier juicio o acuerdo recibido, el participante será responsable de todos los gastos (honorarios y costos) asociados con el intento del plan de recuperar dicho dinero. Nada de lo aquí contenido se interpretará como prohibición de que UABT reclame el reembolso de cargos incurridos después de la fecha de liquidación si dicha recuperación considera los gastos médicos futuros.

Si hay más de una parte responsable de los cargos pagados por UABT o que puede ser responsable de los cargos pagados por el plan, el plan no estará obligado a seleccionar una parte específica de la cual se deba el reembolso. Además, los fondos de liquidación no asignados destinados a compensar a múltiples partes lesionadas, de las cuales el participante es solo uno o algunos, se considerarán un fondo “identificable” del cual el plan puede buscar reembolso.

Sección 2, subrogación

Como condición para participar y recibir beneficios bajo este plan, usted y/o sus dependientes acuerdan ceder al plan el derecho de subrogar y perseguir cualquier reclamación, causa de acción o derecho que pueda surgir contra cualquier persona, corporación y/o entidad y a cualquier cobertura a la que el participante tenga derecho, independientemente de cómo se clasifique o caracterice, a discreción del plan, si usted o sus dependientes no persiguen dichos derechos y/o acciones.

Si usted o sus dependientes reciben o tienen derecho a recibir beneficios, se aplicará automáticamente un gravamen equitativo a favor del plan sobre cualquier reclamación que los participantes puedan tener contra cualquier cobertura y/o parte causante de la enfermedad o lesión, en la medida de dicho pago condicional por el plan más los costos razonables de cobro. Usted o sus dependientes están obligados a notificar a UABT o su representante autorizado de cualquier acuerdo antes de la finalización del mismo, la ejecución de una liberación o la recepción de fondos aplicables. Usted o sus dependientes también están obligados a mantener todos los fondos recibidos en fideicomiso en nombre del plan y actuar como fiduciario respecto de esos fondos hasta que se respeten los derechos del plan descritos aquí y se reembolse al plan.

El plan, a su discreción, podrá, en su propio nombre o en el nombre del participante, iniciar un procedimiento o reclamar contra cualquier parte o cobertura para recuperar todos los daños hasta el valor total de los beneficios o pagos condicionales adelantados por el plan.

Si el participante no presenta una reclamación o no persigue daños contra:

- 1) La parte responsable, su aseguradora o cualquier otra fuente en nombre de esa parte.
- 2) Cualquier seguro de primer partido a través de cobertura de pago médico, protección contra lesiones personales, cobertura sin culpa, cobertura de conductor no asegurado o con seguro insuficiente.
- 3) Cualquier póliza de seguro de cualquier compañía de seguros o fiador de un tercero.
- 4) Compañía de seguro de compensación laboral u otra compañía de seguro de responsabilidad.

5) Cualquier otra fuente, incluidos, entre otros, fondos de restitución a víctimas de delitos, pagos médicos, por discapacidad u otros beneficios, y cobertura de seguro escolar.

El/los participante(s) autoriza(n) al plan a perseguir, demandar, comprometerse y/o liquidar cualquiera de estas reclamaciones en nombre del/los participante(s) y/o del plan y acuerda(n) cooperar plenamente con el plan en la tramitación de dichas reclamaciones. El/los participante(s) cede(n) todos los derechos al plan o a su cesionario para perseguir una reclamación y la recuperación de todos los gastos de cualquiera y todas las fuentes mencionadas anteriormente.

Sección 3, derecho de reembolso

UABT tiene derecho a recuperar el 100 % de los beneficios pagados o pagaderos, gastos incurridos que hayan sido pagados y/o serán pagados por el plan, o que hayan sido incurridos por el/los participante(s) antes y hasta la liberación de responsabilidad de la entidad responsable, según corresponda, sin deducción de honorarios de abogados y costos, ni aplicación de la doctrina del fondo común, doctrina de indemnización completa, u otra teoría legal o equitativa similar, y sin importar si el/los participante(s) ha(n) sido totalmente compensado(s) por su recuperación de todas las fuentes. UABT tendrá un gravamen equitativo que prevalece sobre todas las reglas, doctrinas y leyes comunes o estatutarias de cualquier estado que prohíban la cesión de derechos y que interfieran o comprometan de alguna manera el gravamen equitativo del plan y el derecho al reembolso. La obligación de reembolsar al plan en su totalidad existe independientemente de cómo se clasifique el juicio o acuerdo y de si el juicio o acuerdo designa específicamente la recuperación o una parte de ella como incluidos los gastos médicos, por discapacidad u otros, y se extiende hasta la fecha en que la parte responsable queda liberada de responsabilidad. Si la recuperación del/los participante(s) es menor que los beneficios pagados, entonces UABT tiene derecho a recibir la totalidad de la recuperación obtenida. Cualquier fondo recibido por el/los participante(s) se considera mantenido en fideicomiso constructivo y no debe ser disuelto ni distribuido hasta que la obligación del/los participante(s) de reembolsar al plan haya sido satisfecha de acuerdo con estas disposiciones. El/los participante(s) también está(n) obligado(s) a mantener todos los fondos recibidos en fideicomiso en nombre del plan y actuar como fiduciario respecto de dichos fondos hasta que se respeten los derechos del plan y se reembolse al plan.

Ningún costo judicial, honorarios de peritos, honorarios de abogados, tarifas de presentación u otros costos o gastos de litigio podrán deducirse de la recuperación del plan sin el consentimiento previo y expreso por escrito del plan.

El derecho de subrogación y reembolso del plan no se reducirá ni se verá afectado como resultado de cualquier falta o reclamación por parte suya o de sus dependientes, ya sea bajo las doctrinas de causalidad, culpa comparativa o negligencia contributiva, u otra doctrina legal similar. Por lo tanto, cualquier estatuto de reducción de gravámenes que intente aplicar dichas leyes y reducir la recuperación de un plan subrogante no será aplicable al plan y no reducirá los derechos de reembolso del plan.

Estos derechos de subrogación y reembolso se aplicarán sin importar si se requiere un reconocimiento escrito por separado de dichos derechos firmado por el/los participante(s).

Esta disposición no limitará otros recursos del plan provistos por la ley. Estos derechos de subrogación y reembolso se aplicarán sin importar la ubicación del evento que llevó a o causó la enfermedad, lesión, padecimiento o discapacidad aplicable.

Sección 4, el participante es fiduciario de los activos del plan

Cualquier participante que reciba beneficios y esté, por lo tanto, sujeto a los términos de esta sección se considera receptor y titular de activos del plan y, por lo tanto, fiduciario del plan únicamente en lo que respecta a la posesión de cualquier fondo que pueda deberse al plan como resultado de cualquier acuerdo, juicio o recuperación mediante cualquier otro medio derivado de cualquier lesión o accidente. Por virtud de este estatus, el/los participante(s) entiende(n) que se requiere:

- a) Notificar al plan o a su representante autorizado de cualquier acuerdo antes de la finalización del mismo, la ejecución de una liberación o la recepción de los fondos aplicables.
- b) Instruir a su abogado para asegurar que el plan y/o su representante autorizado esté incluido como beneficiario en todos los borradores de liquidación.
- c) En circunstancias donde usted o sus dependientes no estén representados por un abogado, instruir a la compañía de seguros o a cualquier tercero de quien el/los participante(s) obtenga(n) un acuerdo, juicio u otra fuente de cobertura, para incluir al plan o su representante autorizado como beneficiario en el borrador de liquidación.
- d) Mantener todos los fondos recibidos en fideicomiso, en nombre de UABT, y actuar como fiduciario respecto de dichos fondos hasta que se respeten los derechos del plan y se reembolse al plan.

En la medida en que usted o sus dependientes disputen esta obligación hacia UABT bajo esta sección, el participante o cualquiera de sus agentes o representantes también está obligado a mantener todos los fondos de liquidación, incluido el total del acuerdo si el acuerdo es menor que los intereses del plan, y sin reducción por honorarios de abogados, sobre los que ejerza control, en una cuenta segregada de sus cuentas o activos generales hasta que se resuelva la disputa.

Ningún participante, beneficiario, o sus agentes o representantes, ejerciendo control sobre los activos del plan y asumiendo la responsabilidad fiduciaria según esta sección, tendrá autoridad para aceptar cualquier reducción del interés del plan en nombre del plan.

Sección 5, liberación de responsabilidad

El derecho de UABT al reembolso se extiende a cualquier atención relacionada con el incidente que usted o sus dependientes hayan recibido (“incurrida”) antes de que la parte responsable quede liberada de responsabilidad. Por lo tanto, la obligación del/los participante(s) de reembolsar al plan está vinculada a la fecha en que se incurrieron los reclamos, no a la fecha en que el plan realiza el pago. En caso de un acuerdo, el/los participante(s) tiene(n) la obligación de revisar el “gravamen” proporcionado por el plan, que refleja los reclamos pagados por el plan y para los cuales se solicita reembolso, antes de cualquier acuerdo y/o ejecución de liberación de cualquier tercero responsable o potencialmente responsable, y también tiene(n) la obligación de informar al plan de cualquier atención relacionada con el incidente incurrida antes de la fecha propuesta de acuerdo y/o liberación, que no esté listada pero que haya sido o será incurrida, y por la cual se solicitará el pago al plan.

Sección 6, cobertura/seguro de beneficios de salud excedente

Si, al momento de la lesión, enfermedad, padecimiento o discapacidad, existe o potencialmente existe alguna cobertura (incluyendo, entre otros, cobertura derivada de un juicio o acuerdo), los beneficios bajo este plan aplicarán únicamente como excedente sobre tales otras fuentes de cobertura, excepto según lo dispuesto en la sección de Coordinación de Beneficios del plan.

Los beneficios del plan serán excedentes respecto de cualquiera de los siguientes:

- a) La parte responsable, su aseguradora o cualquier otra fuente en nombre de esa parte.
- b) Cualquier seguro de primer orden o cobertura de beneficios a través de pago médico, protección por lesiones personales, cobertura sin culpa, cobertura para conductores no asegurados o con seguro insuficiente.
- c) Cualquier póliza de seguro de cualquier compañía de seguros o garante de un tercero.
- d) Compañía de seguro de compensación laboral u otro seguro de responsabilidad.
- e) Cualquier otra fuente, incluidos, entre otros, fondos de restitución a víctimas de delitos, pagos médicos, por discapacidad u otros beneficios, y cobertura de seguro escolar.

Sección 7, separación de fondos

Los beneficios pagados por el plan, los fondos recuperados por el/los participante(s), y los fondos mantenidos en fideicomiso sobre los cuales el plan tiene un gravamen equitativo existen de manera separada de la propiedad y el patrimonio del/los participante(s), de modo que la muerte del/los participante(s) o la declaración de quiebra del/los participante(s) no afectará el gravamen equitativo del plan, los fondos sobre los cuales el plan tiene un gravamen ni el derecho del plan a subrogación y reembolso.

Sección 8, muerte injusta

En caso de que usted o sus dependientes fallezcan como resultado de sus lesiones y se presente una reclamación por muerte injusta o supervivencia contra un tercero o cualquier cobertura, los derechos de subrogación y reembolso de UABT seguirán aplicando, y la entidad que persiga dicha reclamación deberá respetar y hacer cumplir estos derechos y términos del plan por los cuales se pagan beneficios en nombre del/los participante(s) y de todos los demás beneficiarios de dicho pago.

Sección 9, obligaciones

Es obligación suya y de sus dependientes en todo momento, tanto antes como después del pago de beneficios médicos por UABT:

- a) Cooperar con UABT o cualquier representante del plan y administrador del plan, en la protección de los derechos de UABT, incluyendo descubrimiento, asistencia a declaraciones y/o cooperación en juicio para preservar los derechos de UABT.
- b) Proporcionar a UABT información pertinente sobre la enfermedad, padecimiento, discapacidad o lesión, incluidos reportes de accidentes, información de acuerdos y cualquier otra información adicional solicitada.
- c) Tomar las acciones y ejecutar los documentos que UABT pueda requerir para facilitar la ejecución de sus derechos de subrogación y reembolso.
- d) No realizar ninguna acción que perjudique los derechos de subrogación y reembolso de UABT.
- e) Reembolsar puntualmente al plan cuando se reciba recuperación mediante acuerdo, juicio, adjudicación u otro pago.
- f) Notificar a UABT o al administrador del plan de cualquier reclamo o atención relacionada con el incidente que pueda no estar identificado dentro del gravamen (pero que haya sido incurrido) y/o solicitud de reembolso presentada por o en nombre del plan.
- g) Notificar a UABT o al administrador del plan de cualquier acuerdo antes de la finalización del mismo.
- h) No acordar ni liberar, sin el consentimiento previo del plan, ningún reclamo en la medida en que el/los participante(s) pueda(n) tener contra cualquier parte responsable o cobertura.
- i) Instruir a su abogado para asegurar que el plan y/o su representante autorizado esté incluido como beneficiario en cualquier borrador de acuerdo.
- j) En circunstancias en que usted o sus dependientes no estén representados por un abogado, instruir a la compañía de seguros o a cualquier tercero de quien usted obtenga un acuerdo, para incluir a UABT como beneficiario en el borrador de acuerdo.

k) Hacer esfuerzos de buena fe para prevenir la distribución de los fondos del acuerdo hasta que cualquier disputa entre el plan y el/los participante(s) sobre dichos fondos se haya resuelto.

Si usted y/o su abogado no reembolsan a UABT todos los beneficios pagados, por pagar, incurridos o que se incurrirán, antes de la fecha de liberación de responsabilidad de la entidad correspondiente, como resultado de dicha lesión o condición, con cualquier producto, juicio o acuerdo recibido, usted será responsable de todos y cada uno de los gastos (ya sean honorarios o costos) asociados con el intento de UABT de recuperar dicho dinero.

El derecho de UABT a reembolso y/o subrogación no depende de ninguna manera de la cooperación o cumplimiento de estos términos por parte de usted o sus dependientes. La falta de respuesta de usted o de su abogado a UABT dentro de los sesenta (60) días puede resultar en la denegación de sus reclamos.

Sección 10, compensación

Si no se realiza el reembolso oportuno, o si usted, sus dependientes y/o el abogado contratado no cumplen con cualquiera de los requisitos de UABT, el plan tiene el derecho, además de cualquier otro medio legal de recuperación, de deducir el valor de la cantidad adeudada a UABT. Para ello, UABT puede negarse a pagar cualquier beneficio médico futuro y cualquier fondo o pago debido bajo este plan en nombre del/los participante(s) por un monto equivalente a cualquier cantidad pendiente de pago a UABT. Esta disposición aplica incluso si el/los participante(s) ha(n) distribuido los fondos del acuerdo.

Sección 11, estatus de menor

En caso de que el dependiente lesionado sea un menor, según se define en la ley aplicable, los padres del menor o el tutor designado por el tribunal deberán cooperar en todas y cada una de las acciones de UABT para obtener la aprobación judicial necesaria que vincule al menor y a su patrimonio en lo que respecta a estas disposiciones de subrogación y reembolso.

Si los padres del menor o el tutor designado por el tribunal no toman dicha acción, el plan no tendrá obligación de adelantar el pago de beneficios médicos en nombre del menor. Cualquier costo judicial o honorario legal asociado con la obtención de dicha aprobación será pagado por los padres del menor o el tutor designado por el tribunal.

Sección 12, interpretación del lenguaje

Los fiduciarios conservan la autoridad discrecional total, completa y final para interpretar el lenguaje de esta disposición, determinar todas las cuestiones de hecho y derecho que surjan bajo esta disposición, y administrar los derechos de subrogación y reembolso del plan con respecto a esta disposición. Los fiduciarios pueden enmendar el plan en cualquier momento sin previo aviso.

Sección 13, divisibilidad

En caso de que cualquier sección de esta disposición se considere inválida o ilegal por cualquier motivo, dicha invalidez o ilegalidad no afectará las secciones restantes de esta disposición y del plan. La sección será plenamente divisible. UABT se interpretará y aplicará como si dichas secciones inválidas o ilegales nunca hubieran sido insertadas en el plan.

Parte IX, Los beneficios de su seguro de vida

Si usted es elegible para recibir los beneficios del seguro de vida y es un empleado activo en la fecha en que entra en vigor su cobertura, su beneficiario designado tendrá derecho a recibir los montos de los beneficios que se indican en la página del Programa de beneficios del seguro de vida de este resumen de beneficios, siempre y cuando se hayan pagado las contribuciones correspondientes en su nombre durante el mes en que se produzca su fallecimiento.

También debe tener en cuenta las siguientes disposiciones y limitaciones que afectan a estas prestaciones. De igual forma tiene derecho a solicitar al Fideicomiso un certificado de seguro en el que se describan todas las disposiciones y limitaciones de su cobertura de seguro de vida temporal colectivo.

Sección 1, Limitación para jubilados

Si ya se había jubilado del empleo activo en la fecha en que su cobertura entraría en vigor, no tiene derecho a los beneficios por fallecimiento y/o muerte accidental y desmembramiento.

Sección 2, Beneficiario

Cualquier beneficio pagadero como resultado de su fallecimiento se pagará al beneficiario que designe en su tarjeta de inscripción, si dicha tarjeta se presenta ante el administrador del plan y su empleador.

Si designa a un beneficiario que no sea su cónyuge legal, se requerirá la firma de su cónyuge indicando su consentimiento a esta designación de beneficiario.

Si no designó a un beneficiario antes de su fallecimiento, la compañía de seguros tiene la opción de pagar los beneficios a cualquiera de sus sobrevivientes en el siguiente orden de prioridad: su cónyuge, otros dependientes adultos, hijos (en cantidades iguales), padres (en cantidades iguales); o al albacea o administrador de su patrimonio, según lo definido por la ley estatal aplicable.

Si su beneficiario es menor de edad o no puede presentar un recibo válido, la compañía de seguros tiene la opción de pagar los beneficios a cualquier persona o institución que asuma la custodia y/o el sustento principal del beneficiario de conformidad con una orden judicial.

Sección 3, Cambio de beneficiario

Usted tiene el derecho exclusivo de designar o cambiar a su beneficiario. Puede cambiarlo en cualquier momento presentando una nueva tarjeta de inscripción al Administrador del Plan y a su empleador. Sin embargo, si cambia la designación a un beneficiario que no sea su cónyuge legal, se requiere la firma de su cónyuge indicando su consentimiento al cambio. El cambio entrará en vigor en la fecha en que firme la nueva tarjeta de inscripción, si dicha tarjeta es recibida por el Fideicomiso antes de la emisión de los beneficios.

Sección 4, Consentimiento del beneficiario

No es necesario obtener el consentimiento del beneficiario anterior antes de cambiar la designación de beneficiario, a menos que se elimine al cónyuge como beneficiario principal. Si se designa a otra persona que no sea el cónyuge legal, se requiere la firma del cónyuge indicando su consentimiento a este cambio.

Sección 5, Métodos opcionales de liquidación

Su beneficiario puede optar por recibir ciertas cuotas mensuales, basadas en el importe de sus prestaciones del seguro, en lugar de un pago único. Si su beneficiario desea esta opción, debe ponerse en contacto con la compañía de seguros.

Sección 6, Beneficios del seguro de vida para dependientes

Sus dependientes elegibles están cubiertos y las prestaciones aplicables se le pagarán a usted si: (a) los beneficios del seguro de vida para dependientes se incluyen en la página del Programa de beneficios del seguro de vida; y (b) se han pagado las contribuciones aplicables para el mes en el que sucede el fallecimiento del dependiente.

Sección 7, Continuación de los beneficios del seguro de vida

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

Usted tiene derecho a convertir su seguro de vida colectivo en una póliza de seguro de vida individual porque su empleo ha finalizado o porque ya no pertenece a una categoría de empleados con derecho a ello por un motivo distinto de (1) la rescisión de la póliza colectiva; (2) la rescisión del seguro de vida para empleados incluido en la póliza colectiva; o (3) el cese de su empleador como empleador contribuyente. Para ser elegible, debe solicitarlo y pagar la primera prima en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que finalice su cobertura.

Una persona cubierta puede convertir su cobertura en un seguro de vida permanente mediante una póliza que la aseguradora emitirá sin las cláusulas adicionales opcionales, por un importe que no excederá el importe del seguro que se rescinde en virtud de la póliza maestra general. No se proporcionará cobertura de conversión para el seguro de vida complementario o por muerte accidental y desmembramiento. La prima de la cobertura permanente se basará en la edad alcanzada por la persona cubierta y la clase de riesgo en el momento de la conversión, junto con la forma y el importe del seguro elegido. No se requerirá ninguna prueba de asegurabilidad.

Sección 8, Continuación del seguro de vida para dependientes

Si la página del Programa de beneficios del seguro de vida y por muerte accidental muestra la cobertura para dependientes, usted puede optar por continuar dicha cobertura mediante el pago de las contribuciones durante cualquier periodo en el que se encuentre totalmente incapacitado. Este privilegio terminará si no se pagan las contribuciones correspondientes o si se cancelan las prestaciones de vida para dependientes del Plan.

Parte X, Red de beneficios farmacéuticos

Sección 1, Red de beneficios farmacéuticos

UABT tiene contratos con una red de farmacias independientes y cadenas de farmacias que aceptan suministrar medicamentos recetados según una lista de tarifas fijas. El uso de estas farmacias limitará sus gastos en medicamentos recetados al copago designado que se indica en su Programa de beneficios del plan o en el Resumen del plan. Consulte la Parte XI, Sección 9, para obtener información sobre los cargos de farmacia.

Sección 2, Servicios de farmacia del panel

Cuando usted o su dependiente elegible decidan surtir una receta cubierta para un suministro de hasta noventa (90) días en una farmacia del panel, usted pagará un copago designado y el saldo del costo del medicamento será pagado en su totalidad por UABT después del deducible, si corresponde. Los servicios de farmacia del panel de UABT están diseñados para proporcionar cobertura para equivalentes genéricos, medicamentos del formulario y medicamentos de patente. (Consulte su Programa de beneficios farmacéuticos para obtener más información sobre sus beneficios farmacéuticos).

Sección 3, Farmacia de pedidos a domicilio

Cuando usted o su dependiente elegible decida surtir una receta cubierta para un suministro de hasta noventa (90) días a través del programa de pedidos a domicilio de UABT, usted pagará un copago a la farmacia de pedidos a domicilio y el saldo del costo del medicamento será pagado en su totalidad por UABT después del deducible, si corresponde. La opción de pedidos a domicilio está diseñada para recetas de mantenimiento (a largo plazo).

Sección 4, Medicamentos especializados

Ciertos medicamentos utilizados para tratar afecciones médicas complejas deben obtenerse a través de los programas de farmacia especializada. Las recetas para este tipo de medicamentos requieren una autorización previa. (Llame al Departamento de Servicios para Miembros de UABT al 800.223.4590 para obtener ayuda).

Sección 5, Programa Access

Debe participar en el Programa Access para recibir la cobertura del Plan para determinados medicamentos («Medicamentos Access»). En el marco del programa, UABT le ayudará a localizar y solicitar cupones de copago y asistencia financiera para los Medicamentos Access, lo que le permitirá recibir dichos medicamentos a un costo reducido o sin costo alguno. Sin embargo, como parte de este programa, ciertos medicamentos recetados especializados se consideran beneficios de salud no esenciales en el marco del Plan, y cualquier asistencia recibida a través del Programa Access no se tendrá en cuenta para su deducible o gastos máximos de bolsillo. Si se receta y se dispensa un medicamento de esta lista, un miembro del servicio de atención al cliente de UABT y/o el administrador de beneficios farmacéuticos se pondrá en contacto con usted. Los copagos de determinados Medicamentos Access pueden fijarse en el máximo del diseño actual del plan o en el importe de la ayuda para el copago disponible a través del programa. El plan puede cubrir un periodo de gracia de 60 días para los medicamentos Access urgentes y médicamente necesarios, a fin de dar tiempo a completar el proceso de solicitud/inscripción en el Programa Access.

Sección 6, Programa Access Plus

Ciertos medicamentos especializados de alto costo («Medicamentos Access Plus») están cubiertos por el Plan solo si primero ha intentado obtener ayuda para dichos medicamentos a través del Programa Access Plus implementado por UABT en coordinación con el administrador de beneficios farmacéuticos y no lo ha conseguido. En el marco del Programa Access Plus, UABT y el administrador de beneficios farmacéuticos le ayudarán a solicitar ayuda para los Medicamentos Access Plus a través de fundaciones de defensa y programas de subvenciones para compensar el costo de dichos medicamentos. Si se receta y se dispensa un medicamento de esta lista, un miembro de los servicios para miembros de UABT y/o el administrador de beneficios farmacéuticos se pondrá en contacto con usted. El costo de los medicamentos Access Plus que no están cubiertos por el Plan no se aplicará a su deducible ni a su máximo de gastos de bolsillo. La cobertura del Plan para los medicamentos Access Plus puede estar disponible si no se puede obtener asistencia a través del Programa Access Plus. El Plan también puede cubrir un período de gracia de 60 días para medicamentos Access Plus urgentes y médicamente necesarios, a fin de dar tiempo para completar el proceso de solicitud/inscripción en el programa Access Plus.

Sección 7, Apelación de determinaciones de beneficios denegadas/adversas

El PBM llevará a cabo el primer nivel de apelación interna de denegaciones y/o determinaciones adversas de beneficios de conformidad con su Programa de beneficios farmacéuticos de UABT. El PBM le proporcionará a usted o a su dependiente elegible todos los beneficios de derechos y notificaciones de apelación aplicables en relación con dicho primer nivel de apelación interna, de conformidad con el Plan UABT y todas las leyes federales aplicables.

Para apelar una denegación o determinación adversa de beneficios farmacéuticos, debe presentar una solicitud por escrito (carta, correo electrónico, etc.) que será revisada por el coordinador de quejas y apelaciones de la PBM. En un plazo de cinco (5) días a partir de la recepción de su carta, se le notificará que su carta ha sido recibida.

El coordinador de quejas y apelaciones de PBM revisará la información que usted ha enviado y se pondrá en contacto con el proveedor que ha prescrito el medicamento para obtener cualquier documentación adicional necesaria para una revisión clínica. La revisión clínica la lleva a cabo un farmacéutico independiente y se completará en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la apelación por escrito.

Si el coordinador de quejas y apelaciones de PBM mantiene la denegación o la determinación adversa de beneficios, usted tiene derecho a apelar ante UABT de conformidad con la Parte XIV, Sección 9.

Parte XI. Beneficios del plan médico

Usted y sus dependientes elegibles están cubiertos por los beneficios descritos en la Lista de beneficios de gastos médicos o en el Resumen de beneficios, si se han realizado las contribuciones correspondientes en su nombre durante el mes en que se incurrió en el gasto cubierto.

Cualquier beneficio descrito en la Lista de beneficios médicos, el Resumen de beneficios o esta Descripción resumida del plan será un gasto cubierto. Cualquier copago, coseguro o deducible aplicable será cobrado por el proveedor o el hospital que brinde la atención. El monto restante del gasto cubierto lo pagará UABT al porcentaje indicado, hasta el máximo del plan, al proveedor o al hospital que brinde la atención.

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

UABT no le exige que elija un proveedor de atención primaria. Le recomendamos que elija un proveedor de atención primaria. No necesita autorización ni remisión para recibir atención o una consulta, aunque es posible que los procedimientos o cirugías deban ser autorizados. Sin embargo, muchos especialistas no programarán su cita sin una remisión de su proveedor de atención primaria. Si su especialista requiere una autorización o remisión, comuníquese con su proveedor de atención primaria.

Dado que no es necesario que seleccione un proveedor de atención primaria, ningún proveedor está obligado a cumplir objetivos de tratamiento específicos, números específicos, duración máxima de las consultas ni ninguna otra métrica para recibir el pago. La remuneración del proveedor no incluye ningún incentivo ni penalización relacionados con su cuidado.

Puede obtener servicios fuera de la red si su plan lo prevé en el resumen de beneficios. Se aplicará el reparto de costos a menos que haya alcanzado su máximo de gastos de bolsillo.

De conformidad con la ley federal, puede acudir a la sala de urgencias para cualquier emergencia que usted considere necesaria. Puede acceder a la atención de cualquier proveedor dentro del horario de atención de la consulta del proveedor, incluyendo por la noche y los fines de semana.

Su proveedor sabrá si un servicio requiere autorización previa y solicitará la remisión por usted. Si su proveedor no sabe cómo solicitar una autorización previa, su tarjeta de identificación de UABT tiene el número de teléfono para la autorización en el reverso de la tarjeta. Si su cobertura se cancela y luego se vuelve a inscribir en la cobertura de UABT, lo que provoca una interrupción en la cobertura con UABT, deberá obtener una nueva autorización previa para los servicios.

UABT solo puede denegar retroactivamente la cobertura de un servicio de emergencia o previamente autorizado si usted no paga su prima (contribución) o si comete fraude.

Sección 1, Gastos médicos no cubiertos

Además de las definiciones generales, disposiciones y limitaciones del plan, los siguientes gastos no se consideran gastos cubiertos según los términos del plan. No se pagarán prestaciones por:

- (a) Asesoramiento matrimonial, suplementos nutricionales, salvo los especificados en la sección «Atención preventiva», control de la dieta, terapia ocupacional no terapéutica, masajes terapéuticos, terapia educativa, terapia dirigida a las actividades de la vida diaria (AVD), programas comerciales de ejercicio físico, gimnasios, spas o clubes de salud.
- (b) Gastos de transporte en vuelos regulares, tren, autobús, taxi u otros medios de transporte comerciales, independientemente del destino o la finalidad, salvo que estén permitidos como parte de los beneficios de nuestra red mexicana, el programa de trasplantes o los servicios de aborto.
- (c) La cirugía estética (tal y como se define en la Parte V, Sección 21) no se aplica a los gastos incurridos por la reparación de una lesión sufrida en el plazo de un año desde un accidente ocurrido mientras la persona estaba cubierta por las prestaciones del Plan, por la corrección de una deformidad congénita en un niño que era elegible para el Plan al nacer, y/o por 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 (con la excepción de cualquier servicio oftalmológico pediátrico necesario para cumplir con los beneficios mínimos esenciales según la ley ACA) o audífonos; diagnóstico o corrección quirúrgica de errores de refracción, incluyendo, entre otros, queratoplastia radial, queratoplastia y/o cirugía ocular con láser; entrenamiento visomotriz u otros ejercicios oculares, a menos que se realicen en lugar de una cirugía para corregir un trastorno de los músculos oculares. El Plan pagará las lentes o lentes de contacto para corregir una discapacidad causada directamente por una lesión accidental o una cirugía intraocular (como cataratas). Las gafas o lentes de contacto deben comprarse en el plazo de un año desde la lesión o la cirugía, y el paciente debe estar cubierto por el Plan en el momento de la compra.

La terapia visual puede estar cubierta si es médicamente necesario y los servicios son prestados por un médico certificado por la junta y con licencia que ejerce dentro del ámbito de su licencia.

- (e) Gastos y costos del donante por trasplantes de órganos en los que haya incurrido un participante que no pertenezca a la UABT.
- (f) Gestación subrogada (implantación de embriones y esperma) y atención médica relacionada con el embarazo para personas no participantes/no dependientes 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, a menos que esté cubierto por su plan médico. Consulte su Programa de beneficios del plan o el Resumen de beneficios.
- (g) Tratamiento médico o quirúrgico relacionado con la disfunción sexual...
- (h) Uso de terapia con hormona del crecimiento, a menos que se haya demostrado médicamente la deficiencia de hormona del crecimiento y se determine que es médicamente necesario.
- (i) Entrenamiento para caminar o terapias orientadas a las actividades de la vida diaria (AVD), con excepción de cualquier terapia requerida para cumplir con los beneficios de salud esenciales según la ley ACA.
- (j) Servicios prestados por un proveedor sin licencia o por cualquier proveedor que no actúe dentro del ámbito de su licencia.
- (k) Tratamiento no quirúrgico de los pies, incluyendo, entre otros, el tratamiento de arcos débiles o caídos, pies planos o pronados, metatarsalgia, juanetes, dedos en martillo, corte o extirpación de callos o durezas, o corte de uñas de los pies.
- (l) 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) Biofeedback.
- (o) Terapia génica y terapia celular.
- (p) Partos en el hogar o trabajo de parto y parto fuera de un centro médico acreditado.

Sección 2, Gastos hospitalarios (pacientes ingresados)

El Plan reembolsa los gastos cubiertos en que se incurra en un centro que cumpla con la definición de hospital del Plan, incluyendo: (a) alojamiento y manutención, y (b) otros servicios y suministros médicos necesarios proporcionados por el hospital durante la hospitalización.

No se pagarán beneficios por (a) cuidados de custodia o mantenimiento; (b) terapia ocupacional que no cumpla con la definición del plan de gastos cubiertos; (c) artículos no médicos y personales; (d) medicamentos de venta libre, excepto los especificados en Atención preventiva; y (e) implantes de alto costo, a menos que la reclamación del hospital incluya una factura que muestre el costo real del dispositivo o dispositivos. Los gastos cubiertos por implantes se limitan a un máximo de tres veces el costo real del equipo, según lo verificado por la factura, a menos que se defina específicamente una disposición diferente para los implantes en el contrato de la red de la institución.

Sección 3, Gastos hospitalarios (pacientes ambulatorios) y centros quirúrgicos ambulatorios

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

Debe tener en cuenta que ahorrará cantidades significativas de dinero si acude al consultorio de un médico para el tratamiento de enfermedades rutinarias, en lugar de ir a la sala de emergencias de un hospital o a una clínica ambulatoria. Las disposiciones de su plan tienen esto en cuenta y pueden limitar la cobertura de los gastos hospitalarios ambulatorios que no sean de emergencia a las prestaciones que se habrían pagado si hubiera acudido al consultorio de un médico. Los gastos por «uso de las instalaciones» no se considerarán gastos cubiertos, a menos que el tratamiento fuera por una emergencia médica, una lesión accidental o una intervención quirúrgica.

Los gastos cubiertos por los servicios prestados en un *centro quirúrgico ambulatorio* independiente deben cumplir con la definición del plan de cargo máximo permitido y/o tarifas habituales y acostumbradas (Parte V, Sección 87). Si se realizan dos o más procedimientos durante la misma sesión quirúrgica, los gastos cubiertos se determinarán en función del valor total del procedimiento principal, la mitad del valor de cualquier procedimiento secundario y una cuarta parte del valor de cualquier otro procedimiento que añada tiempo y complejidad significativos a la sesión quirúrgica en general, a menos que se especifique lo contrario en el contrato de la red de proveedores. Los procedimientos incidentales durante la misma sesión quirúrgica no se tienen en cuenta adicionalmente.

No se permitirá ninguna consideración adicional para los implantes de alto costo, a menos que la reclamación del centro incluya una factura que muestre el costo del dispositivo o dispositivos. Si se aprueba, el gasto cubierto se limitará a un máximo de tres veces el costo real, según lo verificado por la factura, a menos que se defina específicamente una disposición diferente para los implantes en el contrato de la red del centro.

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

Las prestaciones se pagarán por el internamiento necesario si: (a) dichos gastos están incluidos como gastos cubiertos en el Programa de beneficios por gastos médicos; y (b) se han cumplido todas las condiciones de dicha disposición. No se pagarán prestaciones por cuidados de custodia, rehabilitación o mantenimiento.

Sección 5, Servicio profesional de ambulancia

Se pagarán prestaciones por el transporte médicamente necesario en un servicio de ambulancia profesional autorizado hacia 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 aérea (avión o helicóptero) a un hospital si usted necesita transporte inmediato y rápido que no puede proporcionarle el transporte terrestre. Los servicios de ambulancia aérea deben ser autorizados por UABT.

Sección 6, Atención médica

Las prestaciones aplicables a las visitas al consultorio, al domicilio o al hospital se indican en el Programa de beneficios por gastos médicos. También se pagan las prestaciones por los gastos cubiertos relacionados con la cirugía, los servicios de diagnóstico de laboratorio y rayos X y la anestesia, cuando dichos servicios los presta un profesional que cumple con la definición de médico del Plan.

Sección 7, Cirugía y anestesia

Si se realizan dos o más procedimientos durante la misma sesión quirúrgica, los beneficios para la cirugía se determinarán en función del valor total del procedimiento principal, la mitad del valor de cualquier procedimiento secundario y una cuarta parte del valor de cualquier otro procedimiento que añada tiempo y complejidad significativos a la sesión quirúrgica en general, a menos que se especifique lo contrario en el contrato de la red del proveedor. Los procedimientos incidentales durante la misma sesión quirúrgica no se tienen en cuenta adicionalmente.

El Fideicomiso se reserva el derecho de determinar el valor adecuado para múltiples procedimientos, basándose en la información presentada en el momento de la reclamación.

Los gastos cubiertos para un cirujano asistente se limitan al 20 % de la asignación del cirujano principal. Si se requiere un segundo asistente por motivos médicos, los gastos cubiertos se limitarán al 15 % de la asignación del cirujano principal.

Se permite un asistente quirúrgico certificado en lugar de un cirujano asistente, pero no además de este. Los gastos cubiertos para un asistente quirúrgico certificado que preste servicios en dicha capacidad se limitan al 15 % de la asignación del cirujano principal.

Los servicios quirúrgicos y de anestesia pueden estar limitados a una tabla específica de prestaciones, denominada «Programa del Plan quirúrgico». Si es así, se incluye una muestra representativa del plan para su referencia.

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

Las prestaciones aplicables para radiografías diagnósticas y pruebas de laboratorio solicitadas por un médico y analizadas e interpretadas por un médico para ayudar en el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta se indican en el Programa de gastos médicos o en los Resúmenes del plan.

Sección 9, Gastos de farmacia

Los gastos de farmacia se considerarán un gasto cubierto para la compra de medicamentos específicos que no pueden dispensarse legalmente sin una receta médica por escrito. Las prestaciones aplicables a dichos gastos se indican en el Programa de beneficios médicos y/o de gastos de medicamentos recetados.

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

Los beneficios farmacéuticos son pagaderos para los medicamentos anticonceptivos y los medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil. No se pagarán prestaciones médicas ni farmacéuticas por los medicamentos recetados o utilizados para mejorar el rendimiento sexual, mejorar el aspecto estético o suprimir el apetito.

No se pagarán prestaciones por medicamentos o preparados de venta libre, vitaminas, minerales, suplementos dietéticos ni ningún otro artículo que pueda adquirirse legalmente sin receta médica por escrito, independientemente de que dicha receta se haya extendido o no, con la excepción de las vitaminas, minerales y suplementos dietéticos prenatales recetados por un médico para el tratamiento durante el embarazo, salvo en la medida en que lo exija la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Sección 10, Medicamentos del formulario

Un formulario de medicamentos es una lista de medicamentos preferidos y cubiertos que se recomiendan a los médicos que los recetan. Su formulario promueve el uso de medicamentos seleccionados que son igualmente eficaces y menos costosos que otros medicamentos alternativos. UABT le proporcionará una lista de los medicamentos del formulario para su plan de recetas médicas. Esta lista está sujeta a cambios sin previo aviso.

Los productos de venta libre, salvo los especificados en «Atención preventiva», inyectables y otros medicamentos que figuran en el formulario pueden no estar cubiertos si están específicamente excluidos por otras disposiciones de esta Descripción resumida del plan.

Sección 11, Medicamentos, productos y dispositivos huérfanos

Los medicamentos, productos biológicos, dispositivos o alimentos médicos huérfanos deben haber sido aprobados por la Oficina de Desarrollo de Productos Huérfanos (OOPD) de la FDA. UABT considerará los medicamentos, productos y dispositivos huérfanos como gastos cubiertos después de que el medicamento, producto o dispositivo haya sido aprobado por la OOPD.

Sección 12, Servicios de enfermería

Servicios prestados por personal de enfermería titulado (RN) con licencia, cuando se prestan servicios ordenados por un médico o realizados bajo su supervisión directa, siempre que los servicios prestados requieran las habilidades y la formación de una enfermera titulada y estén dentro del ámbito de práctica cubierto por la licencia de la enfermera.

Los servicios de una enfermera privada con licencia en el hogar o durante una hospitalización aprobada en un hospital de convalecencia están cubiertos si la reclamación cumple los requisitos para recibir prestaciones médicas importantes y los servicios de una enfermera: (a) fueron prescritos por el médico; (b) eran servicios médicamente necesarios que requerían la formación especializada de una enfermera; y (c) no consistían principalmente en tareas domésticas, higiene personal, preparación de comidas o cuidados de custodia.

No se pagarán prestaciones por servicios de enfermería privada mientras el paciente esté ingresado en un hospital como paciente registrado.

Sección 13, Gastos de cobalto, quimioterapia o radioterapia

Los gastos incurridos durante la hospitalización se pagarán en virtud del beneficio por servicios hospitalarios. Si una reclamación cumple los requisitos para recibir beneficios médicos importantes, los gastos cubiertos por la terapia con cobalto, quimioterapia o radioterapia ambulatorias se pagarán en virtud de las disposiciones aplicables a las prestaciones médicas importantes.

Sección 14, Fisioterapia, logopedia y acupuntura

Los gastos incurridos por fisioterapia durante una hospitalización se considerarán pagaderos en virtud del beneficio de servicios hospitalarios. El término «fisioterapia» incluye las terapias de rehabilitación, rehabilitación y ocupacionales médicamente necesarias.

Un paciente puede acudir por su cuenta a un fisioterapeuta hasta el máximo indicado en el Programa de beneficios o en el Resumen del plan. Los beneficios pueden limitarse a un número máximo combinado de visitas para terapia según el Programa de beneficios y/o en el Resumen del plan. Cualquier visita adicional debe contar con la prescripción de un médico y la autorización previa de UABT.

Si su reclamación cumple los requisitos para la cobertura y dichos servicios no están excluidos en su plan específico (consulte su Programa de beneficios de gastos médicos o los Resúmenes del plan), los gastos cubiertos por fisioterapia ambulatoria o acupuntura realizados por un «médico» (tal y como se define en la Parte V, Sección 29) o bajo su indicación por escrito serán admisibles si el tratamiento es médicamente necesario para restaurar una función corporal deteriorada o para aliviar el dolor. Cuando sea prestado por otro profesional, su progreso debe ser supervisado periódicamente por el médico que lo prescribe.

No se pagarán prestaciones por terapia del habla, a menos que el paciente tuviera un habla normal que se viera interrumpida o afectada por una enfermedad o lesión. La terapia del habla para trastornos del desarrollo del habla de un hijo dependiente se considera un gasto cubierto sujeto a la evidencia de necesidad médica.

No se pagarán prestaciones por terapia de masajes, entrenamiento de la marcha, acupuntura para fines distintos al tratamiento del dolor, terapia ocupacional que no cumpla con 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 ley ACA. Se requiere autorización previa para los servicios de acupuntura que superen las ocho (8) visitas.

Sección 15, Suministros médicos y terapéuticos duraderos

Los gastos incurridos por suministros y equipos médicos durante la hospitalización se pagan en virtud de las prestaciones por servicios hospitalarios. Si la reclamación cumple los requisitos para las prestaciones médicas importantes, los gastos cubiertos por los suministros médicos necesarios, incluidos el oxígeno, las sillas de ruedas eléctricas de modelo estándar y equipos terapéuticos similares, serán admisibles con las siguientes restricciones:

- (a) El suministro, aparato o equipo debe ser prescrito 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 tienda de suministros médicos o quirúrgicos, el gasto cubierto no superará la tarifa de alquiler correspondiente al número de meses de uso que el médico certifique como médicamente necesario;
- (d) El gasto cubierto por el alquiler no excederá el importe máximo permitido por el plan para la compra del equipo.
- (e) Si el artículo no se puede alquilar, debe ser un artículo especializado que no se pueda obtener en una farmacia o tienda habitual.

No se pagarán prestaciones por jacuzzis, spas, saunas, pesas u otros equipos de ejercicio domésticos, aparatos de aire acondicionado domésticos, rampas u otras modificaciones en el hogar para facilitar el acceso en silla de ruedas, accesorios de lujo, diseños de lujo o accesorios motorizados, ortesis para los pies, equipos de bronceado, artículos de confort personal, inodoros portátiles, dispositivos para ayudar con la higiene personal o cualquier artículo similar, independientemente de la prescripción o el propósito.

Sección 16, Prótesis

Si la reclamación cumple los requisitos para recibir beneficios médicos importantes, los gastos cubiertos incluirán: (a) la prótesis inicial para sustituir una extremidad o un ojo amputados mientras el paciente era elegible en virtud del Plan; (b) una prótesis inicial necesaria para corregir una deformidad congénita de un niño y las prótesis de sustitución a medida que el niño crece; o (c) la reparación de dicho dispositivo protésico.

Sección 17, Servicios psicológicos, trastornos mentales y nerviosos

El tratamiento generalmente reconocido de uno o más de los trastornos mentales, nerviosos y del comportamiento clasificados y definidos como tales en la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se pagará como cualquier otra reclamación.

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

No se pagarán beneficios por: (a) asesoramiento matrimonial o familiar, ni (b) modificación del comportamiento, terapia educativa o cualquier otra terapia dirigida a las dificultades de aprendizaje; sin embargo, es posible que se puedan obtener algunas prestaciones de salud conductual a través del programa de telemedicina de UABT.

Sección 18, Servicios de salud en el hogar

Los gastos cubiertos por los servicios de atención médica a domicilio incluyen la atención de enfermería especializada por parte de una enfermera titulada o una enfermera vocacional titulada, pruebas de laboratorio y/o radiografías diagnósticas, suministros médicos, medicamentos recetados y fisioterapia que habrían sido necesarios si el paciente hubiera permanecido en el hospital.

Sección 19, Cuidados paliativos

Los gastos cubiertos por los cuidados paliativos incluyen cualquier servicio prestado o suministro dispensado para el tratamiento de enfermedades terminales con una esperanza de vida aproximada de seis (6) meses o menos, siempre que dichos servicios sean prestados por un proveedor aprobado por la Organización Nacional de Cuidados Paliativos y la UABT.

Sección 20, Derechos especiales tras el parto

La UABT no limita los beneficios por estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o el recién nacido de menos de 48 horas tras un parto vaginal normal, o menos de 96 horas tras una cesárea, ni exige que el proveedor obtenga la 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) establece que es ilegal que los planes de salud colectivos y la mayoría de los empleadores discriminen a una persona por su información genética. UABT no solicita información genética ni la utiliza para tomar decisiones sobre la elegibilidad o las tasas de contribución/prima de una persona.

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, pruebas de detección y asesoramiento médico para infecciones de transmisión sexual, VIH, citologías vaginales e infecciones del tracto urinario o relacionadas con la mujer y esterilización masculina y femenina.

Sección 23, Pruebas genéticas

Los gastos cubiertos incluyen las pruebas genéticas que sean médicamente necesarias para su diagnóstico (cuando los procedimientos diagnósticos convencionales no sean concluyentes); si los factores de riesgo del paciente o los antecedentes familiares particulares indican una causa genética; cuando el paciente cumpla con criterios definidos que lo sitúen en un alto riesgo genético de padecer la enfermedad; si la prueba no se considera experimental, investigativa y es un procedimiento aprobado por los CMS; cuando la prueba sea realizada por un laboratorio certificado por la CLIA; el resultado de la prueba influya directamente en el tratamiento de la enfermedad; y si la prueba va acompañada de asesoramiento previo y posterior a la misma. Las pruebas genéticas no son un gasto cubierto para el cribado de la población sin antecedentes personales o familiares, con la excepción del cribado neonatal y el cribado de portadores preconcepcional o prenatal para 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 aparición en la edad adulta y un familiar de un miembro del plan que no sea también miembro del plan.

Sección 24, Atención preventiva

Cargos por servicios de atención preventiva. La UABT tiene la intención de cumplir con el requisito de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) de ofrecer cobertura dentro de la red para ciertos servicios preventivos sin costo compartido. Los beneficios obligatorios en virtud de la legislación ACA incluyen la atención preventiva, como vacunas, pruebas de detección y otros servicios que figuran como recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y los Centros Federales para el Control de Enfermedades (CDC). Para más detalles, consulte los siguientes sitios web:

- a) <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>
- b) <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations>
- c) <https://www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/index.html>
- d) https://downloads.aap.org/AAP/PDF/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 en los enlaces anteriores son servicios recomendados. Corresponde al proveedor y/o al médico determinar qué servicios prestar; el administrador del plan tiene la autoridad para determinar qué servicios estarán cubiertos. Los servicios de atención preventiva estarán cubiertos al 100 % para los proveedores que no pertenecen a la red si no hay ningún proveedor de la red que pueda prestar el servicio preventivo requerido. Los beneficios incluyen servicios de atención preventiva específicos para cada género, independientemente del sexo que se le asignó al participante al nacer, su identidad de género o su género registrado.

- a) **Servicios preventivos y de bienestar para adultos y menores:** de conformidad con la sección 2713 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, se ofrecen beneficios para artículos o servicios basados en la evidencia que tengan una calificación de «A» o «B» en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).

Vacunas que cuentan con una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) con respecto a la persona en cuestión. Con respecto a los bebés, infantes y adolescentes, atención preventiva y exámenes basados en la evidencia, tal y como se establece en las directrices integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).

- a) **Servicios preventivos para mujeres:** con respecto a las mujeres, la atención preventiva adicional y las pruebas de detección previstas en las directrices exhaustivas respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) que no se abordan en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), que se conocerán comúnmente como las Directrices de cobertura de planes de salud obligatorios para servicios preventivos para mujeres de la HRSA. La HRSA ha añadido las siguientes ocho categorías de servicios para mujeres a la lista de servicios preventivos obligatorios:

- 1) Visitas de bienestar para la mujer.
- 2) Detección de diabetes gestacional.
- 3) Prueba 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 sobre anticoncepción.
- 7) Suministros y asesoramiento para la lactancia materna.
- 8) Detección y asesoramiento sobre violencia doméstica.

Puede encontrar una descripción de los servicios preventivos para mujeres en: <http://www.hrsa.gov/womensguidelines/>

Sección 25, Costos rutinarios para los pacientes que participan en un ensayo clínico aprobado

Los gastos de cualquier servicio médicamente necesario, para el que el Plan proporcione beneficios, cuando un participante participe 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 que ponga en peligro la vida, tal y como se define en la ley ACA, siempre que:

- 1) El ensayo clínico esté aprobado por cualquiera de las siguientes entidades:
 - a) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
 - b) El Instituto Nacional de Salud.
 - c) La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
 - d) El Departamento de Defensa de los Estados Unidos.
 - e) El Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.
 - f) Una junta de revisión institucional de una institución que tiene un acuerdo con la Oficina de Protección de Investigaciones en Seres Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- 2) La institución de investigación que lleva a cabo el ensayo clínico aprobado y cada profesional sanitario que presta atención médica rutinaria a los pacientes a través de la institución acepten el reembolso del gasto admisible aplicable como pago íntegro por la atención médica rutinaria prestada en relación con el ensayo clínico aprobado.

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

- 1) El costo de un nuevo fármaco o dispositivo en fase de investigación que no esté aprobado para ninguna indicación por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, incluyendo un medicamento o dispositivo que sea objeto del ensayo clínico aprobado.
- 2) El costo de un servicio que no sea un servicio de atención médica, independientemente de si el servicio es necesario en relación con la participación en un ensayo clínico aprobado.
- 3) El costo de un servicio que sea claramente incompatible con los estándares de atención ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico particular.

- 4) Un costo asociado con la gestión de un ensayo clínico aprobado.
- 5) El costo de un servicio de atención médica que está específicamente excluido por el Plan.
- 6) Servicios que forman parte del objeto del ensayo clínico aprobado y que suelen ser pagados por la institución de investigación que lleva a cabo el ensayo clínico aprobado.

Si uno o más proveedores participantes están involucrados en el ensayo clínico aprobado, el participante calificado del plan debe participar en el ensayo clínico aprobado a través de un proveedor participante de la red, siempre que el proveedor acepte al participante en el ensayo.

El Plan no cubre los servicios de atención médica rutinaria que se prestan fuera de la red de proveedores de atención médica de este Plan, a menos que se proporcionen beneficios fuera de la red en virtud de este Plan.

Sección 26, Dejar de fumar

Los gastos cubiertos para dejar de fumar incluyen los servicios médicamente necesarios prestados por un proveedor contratado y los medicamentos recetados aprobados por la FDA. Los gastos cubiertos se limitan a dos (2) sesiones en cualquier periodo de 12 meses consecutivos.

Sección 27, Trasplantes

Los gastos admisibles incurridos por procedimientos de trasplante cubiertos durante el período de beneficios de trasplante de un participante o dependientes elegibles se pagarán siempre que:

Usted o su dependiente llamen al Departamento de Servicios para Miembros de UABT para obtener una remisión a un Centro de Excelencia. (Un Centro de Excelencia es un hospital que cuenta con instalaciones especializadas, médicos y otros profesionales cuya especialidad incluye los trasplantes de órganos. Debe utilizar un Centro de Excelencia, excepto cuando la organización de revisión médica de UABT apruebe una alternativa. Si no utiliza un Centro de Excelencia (a menos que la revisión médica apruebe lo contrario), se aplicarán las prestaciones no PPO a toda la atención relacionada con el trasplante de órganos.

La UABT reembolsará los siguientes gastos cubiertos en los que se incurra como resultado de un procedimiento de trasplante cubierto para usted o su dependiente:

- (a) Transporte del receptor y un acompañante hacia y desde el lugar del trasplante. Si el receptor es menor de edad, se cubrirá el transporte de dos personas que viajen con él. Se incluyen los gastos razonables y necesarios de alojamiento y comidas en que incurran dichos acompañantes durante el período intermedio, salvo que exista un límite diario de 200 \$ para todos los gastos de alojamiento y comidas. El pago total de todos los gastos de transporte, alojamiento y comidas de todas las personas para el procedimiento de trasplante no excederá los 5,000 \$.
- (b) Habitación y manutención en el hospital y suministros médicos.
- (c) Diagnóstico, tratamiento y cirugía por parte de un médico.
- (d) Cuidados de enfermería por parte de una enfermera titulada (R.N.) o una auxiliar de enfermería titulada (L.P.N.).
- (e) Alquiler de sillas de ruedas, camas de hospital y otros equipos mecánicos necesarios para tratar trastornos respiratorios.
- (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 entrenamiento vocal o ceceo), terapia auditiva, terapia visual, terapia ocupacional y fisioterapia.
- (h) Apósitos y suministros quirúrgicos
- (i) Los beneficios del plan se proporcionarán a un donante de órganos por los gastos cubiertos en los que haya incurrido un participante elegible de la UABT, siempre que los gastos incurridos estén directamente relacionados con la cirugía de trasplante y no sean pagaderos por ningún otro plan médico en ausencia de la cobertura de este plan.
- (j) 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 pagarán prestaciones por (i) órganos animales y/o mecánicos, salvo en los casos previstos anteriormente; (ii) cualquier gasto en el que usted no tendría que incurrir legalmente si no existiera cobertura para las prestaciones; (iii) cuidado custodial; (iv) si usted o su dependiente pierden la cobertura del Plan; (v) cualquier trasplante de órgano o tejido necesario como resultado de una lesión accidental o enfermedad no cubierta por UABT; y (vi) cualquier trasplante que se considere experimental.

Sección 28, Aborto electivo

Los gastos admisibles incurridos por procedimientos de aborto electivo durante el período de beneficios de un Participante o Dependiente elegible serán pagaderos siempre que:

Usted o su dependiente llamen al Departamento de Servicios para Miembros de UABT para determinar si el aborto es legal en su estado de residencia. Si el aborto electivo no es legal en su estado o en el estado de residencia de su dependiente, se le proporcionará el viaje al estado más cercano donde el aborto sea legal. Los gastos de viaje pueden estar cubiertos, tal y como se explica a continuación.

La UABT reembolsará los siguientes gastos cubiertos en los que se incurra como resultado de un aborto electivo cubierto para usted o su dependiente:

- (a) Habitación y manutención en el hospital y suministros médicos.
- (b) Diagnóstico, tratamiento y procedimiento por parte de un médico.
- (c) Atención de enfermería por parte de una enfermera titulada (R.N.) o una auxiliar de enfermería titulada (L.P.N.).
- (d) Servicios de diagnóstico y pruebas de laboratorio necesarios.
- (e) Apósitos y suministros quirúrgicos
- (f) Si el aborto electivo no está cubierto en su estado o en el de su dependiente, se cubrirá el transporte para dos personas (la paciente y un acompañante). Se requiere la remisión y la autorización para viajar al estado más cercano. Se incluyen los gastos razonables y necesarios de alojamiento y comidas, excepto que hay un límite diario de 200 dólares para todos los gastos de alojamiento y comidas. El pago total de todos los gastos de transporte, alojamiento y comidas de todas las personas para el procedimiento no excederá los 5000 \$.

Sección 29, Terapia de reemplazo hormonal

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

Sección 30, Tratamiento del trastorno de identidad de género

La cobertura de los beneficios médicos del Plan no se denegará ni limitará en función de la identidad de género real o percibida de la persona, ni por el hecho de que la persona sea transgénero. Además, los servicios médicos que normalmente o exclusivamente pertenecen a un sexo no se denegarán al otro sexo ni a una persona que esté en proceso de transición de género o que haya pasado por ella.

El tratamiento para la transición transgénero estará sujeto a los términos y condiciones del plan que se aplican a las afecciones médicas cubiertas, incluyendo, entre otros, la necesidad médica, la revisión de la utilización y las exclusiones para los servicios cosméticos. Los servicios médicamente necesarios relacionados con la transición de género son un gasto cubierto si los servicios comparables también están cubiertos cuando no están relacionados con la transición de género, incluyendo, 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.

Sección 31, Audífonos pediátricos

La cobertura de audífonos para niños menores de 18 años está cubierta en Colorado y Oregón. Es posible que se requiera compartir los costos según lo permita la ley. Consulte su Programa de beneficios o el Resumen del plan para obtener más información.

Sección 32, Tratamiento de la infertilidad

El tratamiento de la infertilidad no suele ser una prestación cubierta. Sin embargo, si su plan médico cubre el tratamiento de la infertilidad (consulte su Programa de beneficios del plan o el Resumen del plan), el beneficio se limita a los beneficios exigidos por la ley y debe ser médicamente necesaria según lo definido por la ley. El coseguro del beneficio será el mismo que el de cualquier otro beneficio cubierto por su plan (consulte su Lista de prestaciones del plan o el Resumen de prestaciones).

A los efectos de esta sección, «infertilidad» significa una condición o estado caracterizado por cualquiera de los siguientes:

- (1) Las conclusiones de un médico titulado, basadas en el historial médico, sexual y reproductivo del paciente, su edad, los resultados físicos, las pruebas diagnósticas o cualquier combinación de estos factores. Esta definición no impedirá la realización de pruebas y el diagnóstico de infertilidad antes del periodo de 12 o 6 meses establecido en el apartado (3) para determinar la infertilidad.
- (2) La incapacidad de una persona para reproducirse ya sea individualmente o con su pareja, sin intervención médica.
- (3) La imposibilidad de lograr un embarazo o de llevar un embarazo a término tras mantener relaciones sexuales regulares sin protección. A los efectos de esta sección, «relaciones sexuales regulares sin protección» significa no más de 12 meses de relaciones sexuales sin protección para una persona menor de 35 años o no más de 6 meses de relaciones sexuales sin protección para una persona de 35 años o más. El embarazo que termina en aborto espontáneo no reinicia el periodo de 12 o 6 meses para calificar como infertilidad.

El Plan proporcionará cobertura para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y los servicios de fertilidad, incluyendo un máximo de tres extracciones completas de ovocitos con transferencias ilimitadas de embriones, de acuerdo con las directrices de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), utilizando la transferencia de un solo embrión cuando sea recomendable y médicamente apropiado.

Parte XII, Beneficios del plan dental

Esta sección está destinada a utilizarse junto con su Programa de beneficios de gastos dentales del plan dental que haya elegido. Los beneficios dentales están disponibles para los gastos cubiertos en los que incurran los participantes elegibles del plan. El pago del plan se limitará al importe máximo permitido y/o a los máximos de beneficios definidos en el Programa de gastos dentales.

Sección 1, Deducible

Su deducible figura en su Programa de beneficios de gastos dentales. Este importe deducible es obligatorio para cada miembro de la familia que cumpla los requisitos por año natural. El deducible es el importe de los gastos cubiertos que deben incurrirse antes de que se paguen los beneficios. Los cargos que no califican como gastos cubiertos no pueden utilizarse para satisfacer el deducible.

Sección 2, Porcentaje pagadero

Su porcentaje pagadero figura en el Programa de beneficios de gastos dentales. Este es el porcentaje de los gastos cubiertos pagaderos después de que se haya satisfecho cualquier deducible aplicable.

Sección 3, Máximo del plan

El máximo de su plan figura en el Programa de beneficios por gastos dentales. Este importe de gastos cubiertos es el total de las prestaciones pagaderas durante un año natural.

Sección 4 Procedimientos dentales alternativos

Si dos o más procedimientos, servicios o tratamientos pueden corregir satisfactoriamente una afección dental, se considerará el procedimiento menos costoso para el pago. Dicha determinación se realizará a discreción del plan, basándose en estándares de atención avalados por profesionales.

Sección 5, Servicios dentales preventivos

Los servicios dentales preventivos se detallan en su Programa de beneficios de gastos dentales y pueden incluir:

- (a) Exámenes y limpieza rutinarios: Exámenes bucales rutinarios y limpieza y pulido rutinarios de los dientes. Limitado a dos (2) en un período de doce (12) meses.
- (b) Flúor: aplicación tópica de fluoruro de estaño o sodio. Puede estar limitado a menores de 19 años. Consulte su Programa de beneficios para gastos dentales para obtener más información.
- (c) Paliativos: Tratamiento de urgencia para el alivio del dolor dental.
- (d) Profilaxis: consulte «Exámenes y limpiezas rutinarias».
- (e) Selladores: Aplicación de selladores en las fosas y fisuras de los dientes, con la intención de sellarlos y reducir la incidencia de caries. La cobertura se limita a la aplicación en la superficie oclusal (de mordida) de los molares permanentes que no tengan caries ni restauraciones previas. Puede estar limitada a menores de 19 años. Consulte su Programa de beneficios de gastos dentales para obtener más información.
- (f) Radiografías: Radiografías de «boca completa» una (1) cada veinticuatro (24) meses y radiografías de aleta de mordida de rutina dos (2) series cada doce (12) meses.

Sección 6, Servicios dentales básicos

Los servicios dentales básicos se detallan en su Programa de beneficios para gastos dentales y pueden incluir:

- a) Anestesia: Anestesia general cuando se administra en relación con una cirugía oral o cuando el Plan lo considera médicamente necesario. Nota: No se cubren los gastos separados por premedicación, anestesia local, analgesia o sedación consciente. Dichos servicios deben estar incluidos en el costo del procedimiento en sí.
- b) Coronas restauradoras
- c) Coronas de acero inoxidable
- d) Sustitución de una corona, si la corona existente tiene al menos cinco (5) años y no se puede reparar. Consulte «Odontología cosmética» en la lista de limitaciones y exclusiones dentales para conocer las restricciones sobre restauraciones con carillas o recubrimientos (es decir, «del color de los dientes»). No se cubren las coronas colocadas para la inmovilización periodontal.
- e) Endodoncia: Servicios de endodoncia que incluyen, entre otros: tratamiento de conductos radiculares (excepto la restauración final), pulpotomía, apicectomía y obturación retrógrada.
- f) Extracción: Consulte «Cirugía oral».

- g) Empastes, NO preciosos: restauraciones con amalgama, silicato, composite y plástico, incluyendo clavos para retener un empaste cuando sea necesario. Nota: para los dientes posteriores al segundo premolar, se hará una excepción para los empastes de amalgama. Véase «Odontología cosmética» en la lista de **limitaciones y exclusiones dentales**.
- h) Inyecciones: Inyección de antibióticos.
- i) Cirugía oral: Extracciones simples de dientes. Otros tratamientos quirúrgicos y complementarios de enfermedades, lesiones y defectos de la cavidad oral y estructuras asociadas.
- j) Patología: Servicios de laboratorio necesarios para procedimientos dentales.
- k) Periodoncia: Tratamiento de las encías y los tejidos de la boca, incluyendo raspado periodontal y alisado radicular.
- l) Recementación: Recementación de una corona, incrustación, puente o dentadura postiza.
- m) Visitas no rutinarias: Visitas al consultorio durante el horario habitual para el tratamiento y la observación de lesiones en los dientes y la estructura de soporte. Visitas profesionales fuera del horario habitual.
- n) Radiografías: Las radiografías dentales no están incluidas en la cobertura preventiva.

Sección 7, Servicios dentales importantes

Los servicios dentales importantes se detallan en su Programa de beneficios de gastos dentales y pueden incluir:

- a) Coronas con pilar.
- b) Implantes: materiales implantados en el hueso o en el tejido blando y todos los servicios o suministros relacionados, o la extracción de implantes, hasta el límite de la prestación para un puente o una prótesis parcial.
- c) Onlays y restauraciones de oro: Colocación inicial de un inlay, onlay o empaste de oro cuando un diente no puede restaurarse satisfactoriamente con un empaste menos costoso (por ejemplo, amalgama). Sustitución de un inlay, onlay o restauración de oro, si la restauración existente tiene al menos cinco (5) años y no puede repararse. Consulte «Odontología cosmética» en la lista de limitaciones y exclusiones dentales para conocer las restricciones sobre las restauraciones «del color de los dientes».
- d) Prótesis: Colocación inicial de una dentadura postiza completa o parcial o un puente para reemplazar uno o más dientes naturales que se extraen mientras la persona está cubierta por este plan. Cualquier asignación realizada para una prótesis incluye los ajustes necesarios dentro de los seis (6) meses posteriores a la colocación. Reemplazo o adición de dientes a una dentadura postiza completa o parcial o un puente existente, pero solo si: a) el reemplazo o la adición de dientes es necesario debido a la extracción de uno (1) o más dientes naturales mientras la persona está cubierta por este plan; b) la dentadura o el puente existentes no pueden repararse y tienen al menos cinco (5) años de antigüedad; o c) la dentadura existente es una dentadura temporal inmediata para sustituir uno (1) o más dientes naturales y es necesario sustituirla por una dentadura permanente, lo cual se lleva a cabo en un plazo de doce (12) meses a partir de la fecha de la instalación inicial de la dentadura postiza temporal inmediata.
- e) Reparaciones y ajustes: Reparación de una corona, incrustación, puente o dentadura postiza, o rebase de una dentadura postiza. Ajustes protésicos, pero solo para servicios prestados más de seis (6) meses después de la colocación.

Sección 8, Ortodoncia

Si la ortodoncia es un gasto cubierto en el Programa de beneficios dentales aplicable, los servicios o suministros para la corrección de la mordida o la maloclusión o para la alineación o reposicionamiento de los dientes, incluyendo:

- a) consulta inicial, modelos, radiografías y otros servicios de diagnóstico;
- b) colocación inicial de bandas o aparatos de ortodoncia;
- c) ajustes periódicos; y
- d) retenedores.

Los beneficios de ortodoncia comenzarán tras la presentación de pruebas que demuestren que se ha iniciado el programa de tratamiento de ortodoncia. Los pagos se dividirán en cuotas iguales, basadas en el número estimado de meses de tratamiento, y se abonarán durante el periodo de tratamiento a medida que se presenten pruebas de la continuidad del mismo. La prestación máxima para los servicios de ortodoncia se indica en los «Límites máximos del plan» del Programa de beneficios dentales correspondiente. Este límite máximo se aplica a todo el periodo o periodos durante los que la persona está cubierta por el presente plan. Puede estar limitado a personas de 19 años o menos. Consulte el Programa de beneficios dentales para obtener más información.

Límites y exclusiones dentales

Salvo que se indique específicamente lo contrario, no se pagarán beneficios en virtud de este plan por:

- (a) Servicios realizados para el reposicionamiento quirúrgico de la mandíbula o únicamente por razones estéticas.
- (b) Sustitución de un puente o prótesis dental en un plazo de 5 años a partir de la fecha original de instalación por cualquier motivo, incluyendo pérdida o robo, salvo en los siguientes casos:
 - i. Que sea necesario debido a la colocación de un nuevo aparato opuesto;
 - ii. Debido a la extracción de dientes naturales adicionales; o
 - iii. El aparato, mientras estaba en la boca del paciente, se dañó irreparablemente por una lesión accidental.
- (c) Sustitución de cualquier puente o dentadura postiza que sea satisfactoria o pueda hacerse satisfactoria.
- (d) Cualquier aparato o restauración, excepto dentaduras postizas completas, cuyo objetivo principal sea cambiar la posición de los dientes, estabilizar los dientes afectados por periodontitis o restaurar y/o mantener la oclusión.

- (e) Prótesis dentales o aparatos duplicados, independientemente del diagnóstico, o protectores bucales.
- (f) Procedimientos experimentales, formación en control de la placa o higiene bucal, o instrucciones dietéticas.
- (g) Cargos por el incumplimiento de una cita programada por parte del paciente o por la cumplimentación de formularios de reclamación.
- (h) Cargos por servicios dentales que la persona cubierta no está legalmente obligada a pagar.
- (i) Los gastos por servicios o suministros dentales que estén cubiertos por cualquier otro plan colectivo, cubierto o patrocinado por el empleador.
- (j) Cualquier atención, servicio de tratamiento o suministros para una lesión o enfermedad sufrida mientras se realiza cualquier acto o actividad relacionada con cualquier ocupación o empleo remunerado o con fines lucrativos.
- (k) Cualquier atención, tratamiento, servicio o suministro por el que la persona cubierta tenga derecho a prestaciones en virtud de la Ley de Compensación Laboral o cualquier ley similar.
- (l) Cualquier atención, tratamiento, servicio o suministro que resulte de una lesión o enfermedad sufrida mientras se estaba en servicio activo en las fuerzas armadas.
- (m) Servicios y suministros que no sean razonablemente necesarios o que no se presten habitualmente.
- (n) Pérdidas causadas o contribuidas por una guerra o un acto de guerra, ya sea declarado o no.
- (o) Servicios prestados para la corrección de malformaciones congénitas o del desarrollo.
- (p) Gastos de rebase o rebasado de una dentadura postiza/parcial durante los primeros seis (6) meses tras la colocación del aparato.
- (q) Cargos por tratamientos adicionales necesarios debido a la falta de cooperación del paciente con el dentista o al incumplimiento del tratamiento dental prescrito, lo que da lugar a una responsabilidad adicional.
- (r) Ajuste de aparatos protésicos en los seis (6) meses siguientes a su instalación inicial y no incluidos en el coste de dichos aparatos.
- (s) Pónticos por motivos distintos al reemplazo de dientes perdidos.
- (t) Cargos por caracterizaciones de coronas, dentaduras postizas o puentes.
- (u) Gastos por carillas, laminados u otros materiales similares colocados en coronas molares o pónticos.
- (v) Cargos por artículos para llevar a casa, como enjuague con flúor, cepillos de dientes e hilo dental.
- (w) Cargos por cualquier procedimiento o aparato temporal, excepto coronas temporales.
- (x) Cargos por la aplicación de medicamentos desensibilizantes.
- (y) Cargos por servicios relacionados con trasplantes dentales.

Parte XIII, Beneficios del plan oftalmológico

Esta sección debe utilizarse junto con la Lista de beneficios oftalmológicos de su plan oftalmológico elegido. Los beneficios están disponibles para los gastos cubiertos en los que incurran los participantes elegibles del plan. El pago del plan se limitará al importe máximo permitido y/o a los máximos de beneficios definidos en la Lista de beneficios oftalmológicos.

UABT ofrece dos tipos de planes oftalmológicos: un plan de indemnización sin red y un plan con red que utiliza la red VSP de profesionales y proveedores que prestan los servicios oftalmológicos necesarios a un costo mínimo para usted. Si tiene preguntas sobre su plan de indemnización, llame a Servicios para Miembros al 1-800-223-4590. Para encontrar un proveedor VSP participante en su zona, póngase en contacto con el Departamento de Atención al Cliente de VSP en el 1-800-877-7195.

Después de cualquier copago aplicable, el proveedor participante aceptará los honorarios como pago total por el saldo de los servicios cubiertos. Si decide no utilizar un proveedor participante, el importe de la prestación por cada servicio se indica en su Lista de prestaciones oftalmológicas.

Sección 1, Importe del copago oftalmológico

Su copago figura en la Lista de beneficios oftalmológicos.

Sección 2, Importe máximo de la prestación oftalmológica

El importe máximo de su beneficio se indica en la Lista de beneficios oftalmológicos.

Sección 3, Beneficios del plan oftalmológico

Examen de la vista: (cada 12 meses). Análisis completo de los ojos para determinar la presencia de problemas o anomalías en la vista.

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

Lentes de contacto: (cada 12 meses) Los lentes de contacto están disponibles una vez cada 12 meses en lugar de todos los demás beneficios de lentes y monturas disponibles en este documento. Cuando se obtienen lentes de contacto, la persona cubierta no tendrá derecho a lentes y monturas durante 12 meses. Consulte su Programa de beneficios oftalmológicos para conocer la cobertura de lentes necesarios y opcionales. Es posible que se aplique un copago.

Monturas: (cada 24 meses). Ofrece una selección de monturas estándar. Si selecciona una montura que cueste más que la estándar, o una montura grande que requiere lentes de gran tamaño, se le aplicará un cargo adicional.

DISPOSICIONES DEL PLAN

Costes adicionales: El plan está diseñado para cubrir sus necesidades visuales, no materiales cosméticos. Si selecciona cualquiera de los siguientes y su proveedor participante de VSP no recibe la aprobación previa, es posible que se le aplique un cargo adicional, que se puede añadir a su elección:

- Procesos cosméticos opcionales.
- Recubrimiento antirreflejante.
- Recubrimiento de color.
- Recubrimiento de espejo.
- Recubrimiento anti arañazos.
- Lentes combinadas.
- Lentes cosméticas.
- Lentes laminadas.
- Lentes de gran tamaño.
- Lentes de policarbonato.
- Lentes fotocromáticas, lentes tintadas excepto Rosa n.º 1 y Rosa n.º 2.
- Lentes multifocales progresivas.
- Lentes con protección UV (ultravioleta).
- Ciertas limitaciones en la atención de baja visión.
- Monturas que superen el límite establecido por el plan. Lentes de contacto (excepto en los casos indicados en el presente documento).
- Servicios y/o materiales no indicados en su Lista de beneficios oftalmológicos.

Experimental: Un tratamiento de naturaleza experimental es aquel que no se utiliza de forma universal ni está aceptado por los profesionales de la visión, según lo determine VSP.

Autorización previa: Ciertos beneficios requieren autorización previa de VSP antes de que dichos beneficios estén cubiertos. Si desea obtener más información sobre los criterios de VSP para autorizar o denegar beneficios, puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención al Cliente de VSP llamando al 1-800-877-7195.

Cómo utilizar su programa de servicios oftalmológicos

Las reclamaciones de la red para la atención oftalmológica son pagadas por Vision Service Plan, P.O. Box 254500, Sacramento, CA 95865. Sin embargo, para utilizar el plan correctamente, debe:

1. Llamar a Vision Service Plan al 1-800-877-7195 para obtener una lista de los médicos afiliados.
2. Seleccione un médico miembro y concierte una cita. Dentro de los límites del Plan, deberá pagar un copago del Plan por todos los servicios de un proveedor participante de VSP.

Límites y exclusiones de la cobertura oftalmológica

No se proporcionarán beneficios oftalmológicos para:

- (a) **Servicios requeridos por el empleo:** cualquier examen ocular o cualquier gafa correctora que sean requeridas por un empleador como condición para el empleo.
- (b) **Gastos excluidos:** Gastos excluidos o limitados por el diseño del Plan, tal y como se indica en este documento.
- (c) **Sin cambio de prescripción:** Gafas compradas cuando la prescripción de los lentes no ha cambiado.
- (d) **Atención no profesional:** examen de la vista realizado por una persona que no sea oftalmólogo u optometrista titulado.
- (e) **Lentes sin receta:** Lentes que no corrigen el error de refracción (lentes planos) o que no se obtienen con receta de un oftalmólogo, optometrista u óptico.
- (f) **Ortóptica:** Servicios o suministros relacionados con la ortóptica, el entrenamiento visual u otros procedimientos especiales.
- (g) **Queratotomía radial/Cirugía láser/Otra cirugía de corrección refractiva:** Cirugía para corregir errores de refracción.
- (h) **Reemplazo:** Reemplazo de lentes o monturas perdidas o rotas.
- (i) **Gafas de sol:** Gafas de sol o lentes fotosensibles.
- (j) **Entrenamiento:** Gastos por entrenamiento visual o ayudas para la visión subnormal.
- (k) **Citas perdidas**
- (l) **Sin obligación de pago:** Gastos incurridos por los que el Plan no tiene obligación legal de pagar.
- (m) Gafas de seguridad o gafas protectoras.
- (n) Ortóptica o entrenamiento visual y cualquier prueba complementaria asociada; lentes planos (menos de $\pm 0,50$ dioptrías); o dos pares de gafas en lugar de bifocales.
- (o) Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- (p) Tratamiento correctivo de la visión de naturaleza experimental.
- (q) Costos por servicios y/o materiales que superen las prestaciones del plan

Parte XIV, Reclamaciones de prestaciones

Sección 1, Cómo presentar una reclamación para prestaciones médicas, medicamentos recetados, dentales u oftalmológicas

Las reclamaciones serán evaluadas tras una revisión completa y justa, de conformidad con los términos de la UABT y la legislación aplicable, por parte del administrador del plan, que tiene la autoridad final para administrar el plan.

Para presentar una reclamación:

- 1) Lleve su tarjeta de identificación de la UABT al hospital, al médico o al 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 (PPO) para su tramitación. Las facturas aceptables incluyen cualquier formulario que incluya la fecha del servicio, el diagnóstico, el tratamiento, el nombre y la fecha de nacimiento del paciente, y el nombre, la dirección y el número de identificación de UABT del participante cubierto.
- 3) Puede optar por obtener un formulario de reclamación de UABT de su empleador, representante de servicio local o la oficina del fideicomiso antes de acudir al hospital o al médico. Si lo hace, debe completar la sección de este formulario de reclamación *en su totalidad*, según corresponda a su reclamación, firmar la Autorización para divulgar información que figura en el formulario y dejarlo en la oficina de su proveedor para que lo presente junto con su reclamación.
- 4) El Plan UABT no permite ni reconoce la «cesión de beneficios», que muchos proveedores exigen como condición para el pago. Si usted firma dicha «cesión de beneficios», UABT lo considerará como su autorización para remitir el pago directamente a su proveedor de atención médica. UABT remitirá el pago directamente a su proveedor si usted lo autoriza, pero el Plan UABT no permite ni reconoce ninguna cesión de reclamaciones o derechos legales de ningún proveedor de atención médica para emprender acciones legales 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 o fechas de cada servicio, lo que se hizo en cada fecha, el costo de cada servicio y el diagnóstico correspondiente. Las facturas que haya pagado en su totalidad deben estar claramente marcadas para evitar errores en el reembolso.
- 6) Es posible que usted o el proveedor deban presentar pruebas escritas de que se incurrió en los gastos o de que la prestación está cubierta por el Plan. Si usted o el proveedor no nos proporcionan la documentación requerida, la reclamación podría ser denegada.
- 7) La confirmación de la elegibilidad o la confirmación de los beneficios por parte de un proveedor no garantiza el pago de los beneficios. Todas las reclamaciones están sujetas a las disposiciones, limitaciones y exclusiones del Plan. Las declaraciones y manifestaciones verbales no prevalecen sobre las disposiciones del Plan.
- 8) Las facturas de medicamentos recetados deben indicar el nombre del paciente, la fecha de compra, el nombre del médico que los recetó y el nombre del medicamento. No se aceptan recibos de caja registradora.

Sección 2, Procedimientos de reclamación

En el caso de reclamaciones posteriores al servicio, UABT tramitará sus reclamaciones en un plazo razonable, pero no superior a treinta (30) días tras la recepción de la reclamación. Este plazo podrá ampliarse hasta quince (15) días en caso de que sea necesaria información y/o documentación adicional para respaldar la reclamación. Si fuera necesaria dicha ampliación, UABT indicará específicamente la información necesaria para decidir sobre la reclamación y usted o su representante dispondrán de al menos cuarenta y cinco (45) días a partir de la recepción de la notificación para proporcionar la información especificada.

Sección 3, Pago de reclamaciones de salud

Se le enviará un cheque o una explicación de los beneficios (EOB) tan pronto como sea posible después de que se haya recibido su reclamación. Si sus beneficios se asignaron a un proveedor de servicios, se le notificará el acuerdo en el momento en que se envíe por correo el cheque del proveedor. El pago de los 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 a los 180 días si no son cobrados por el proveedor o el participante. Un proveedor o participante puede solicitar que se vuelva a emitir un pago vencido dentro del plazo de un (1) año a partir de la fecha de pago original. Solo se concederá una (1) reemisión del pago. Los pagos vencidos que no se soliciten dentro del plazo de un (1) año a partir de la fecha de pago original y los pagos reemitidos que no se cobren en un plazo de 180 días se devolverán al fideicomiso y no se volverán a emitir.

Una «factura detallada» es aquella que incluye el nombre del paciente, cada fecha de servicio, lo que se hizo en cada fecha, el cargo por cada servicio y los diagnósticos que se están tratando. Una factura del tipo «saldo pendiente» o «saldo aplazado» no está detallada y no se puede procesar para su pago.

Si la factura es por medicamentos recetados, se debe incluir el nombre del paciente, el nombre del medicamento, el nombre del médico que lo recetó y la fecha de compra. No se aceptan recibos de caja registradora.

La «información necesaria» incluye su nombre completo tal y como figura en los registros de elegibilidad del fideicomiso, su fecha de nacimiento, su número de identificación UABT y su dirección actual. Si la reclamación es para uno de sus dependientes, también debe indicarse el nombre del dependiente, su fecha de nacimiento y su relación con usted.

Cuando el pago de la prestación se vea afectado, la «información necesaria» también puede incluir: (a) prueba de que el servicio fue prescrito por un médico, (b) información sobre el pago realizado por otro plan de prestaciones, (c) detalles del accidente, (d) información sobre la responsabilidad civil de terceros, y (e) historial médico, dental o laboral.

Sección 4, Reclamaciones por fallecimiento y muerte accidental/desmembramiento

La compañía de seguros que ha suscrito el Programa de prestaciones del seguro de vida del Fideicomiso paga las reclamaciones por prestaciones debidas a fallecimiento o desmembramiento. Sin embargo, para evitar retrasos en la tramitación de las reclamaciones, se deben seguir los siguientes pasos al presentar una reclamación por estas prestaciones:

- (a) El beneficiario designado o representante del patrimonio del difunto debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de la UABT (1-800-223-4590) para obtener los formularios de reclamación y las instrucciones para presentarlos.
- (b) En el momento de la solicitud, el administrador del plan informará al beneficiario de todos los documentos necesarios para completar la presentación de la reclamación.

Sección 5, Plazos para la presentación de reclamaciones

Es importante presentar una reclamación en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha del servicio para garantizar el pago. Si no presenta una reclamación dentro del plazo de noventa (90) días, esto no invalidará necesariamente su reclamación si no le fue razonablemente posible hacerlo, siempre que se presente lo antes posible a partir de entonces. Sin embargo, bajo 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 dejado pendiente hasta recibir la información adicional necesaria para tramitar los cargos, se debe recibir una respuesta aceptable en un plazo de ciento veinte (120) días a partir de la solicitud por escrito, o la reclamación será denegada.

Sección 6, Procedimiento de denegación de reclamaciones médicas, de medicamentos recetados, dentales u oftalmológicas

Cualquier reclamación de prestaciones en virtud del Plan debe presentarse por escrito al Departamento de Reclamaciones de la UABT. Si se deniega total o parcialmente una reclamación de prestaciones médicas, de medicamentos recetados, oftalmológicas u odontológicas, el Departamento de Reclamaciones le notificará la medida que se ha tomado con respecto a la reclamación.

Si es necesario denegar una reclamación, dicha denegación deberá: (a) notificarse por teléfono en el caso de procedimientos urgentes o por escrito en el caso de reclamaciones ya incurridas; (b) realizarse por escrito, de manera que pueda ser comprendida por una persona promedio; (c) incluir el motivo específico de la denegación de la reclamación; (d) enviarse dentro de los plazos establecidos por la ley; 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 la UABT que implique la denegación, reducción o cancelación de un beneficio. Cuando la UABT tome una determinación adversa de beneficios, la UABT proporcionará la notificación adecuada de la decisión.

Sección 8, Procedimientos de revisión y apelación para medicamentos recetados denegados

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

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

Sección 9, Procedimientos de revisión y apelación para reclamaciones denegadas de servicios médicos, medicamentos recetados, servicios dentales o oftalmológicos

- 1) Si se rechaza total o parcialmente una reclamación de prestaciones o si se produce una resolución desfavorable sobre las prestaciones, usted, o un representante de su elección, puede solicitar una revisión de la decisión en un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha en que reciba la notificación de denegación o limitación por parte del Comité de Apelaciones de la UABT.
- 2) La solicitud de revisión debe presentarse por escrito, dirigida al Comité de Apelaciones de la 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 que solicita la revisión e incluir cualquier información adicional que pueda ayudar al Comité de Apelaciones a evaluar su reclamación.
- 3) Una vez revisada la reclamación, si se revoca la denegación, la reclamación en litigio se pagará de conformidad con las disposiciones del plan.
- 4) Una vez revisada la reclamación y confirmada la denegación, el Comité de Apelaciones de la UABT: (1) le notificará por escrito en un plazo de setenta y dos (72) horas en el caso de autorizaciones relacionadas con atención urgente; quince (15) días en el caso de otras autorizaciones; y sesenta (60) días en el caso de reclamaciones sanitarias posteriores al servicio. La notificación de denegación incluirá una copia de las disposiciones específicas del Plan que afectan a la denegación; y (3) le informará sobre cómo presentar una apelación ante la Junta de Fideicomisarios; le proporcionará pruebas o argumentos nuevos o adicionales y una oportunidad razonable para responder a ellos antes de tomar una decisión definitiva sobre la reclamación. .
- 5) Si no está de acuerdo con las conclusiones alcanzadas por el Comité de Apelaciones de la UABT, puede presentar una apelación por escrito o solicitar una audiencia formal ante la Junta Directiva en un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la recepción de los resultados de la revisión del Comité de Apelaciones de la UABT. La apelación por escrito debe incluir: (1) su nombre, dirección y número de identificación de la UABT, (2) el nombre del paciente, (3) el número de reclamación y la fecha de la notificación de denegación, (4) los hechos específicos en los que se

basa su apelación y (5) todos los documentos y pruebas que respalden dichos hechos.

- 6) Cualquier apelación debe dirigirse a la Junta de Fideicomisarios, a la atención del Asesor Jurídico del Fideicomiso, United Agricultural Benefit Trust, 54 Corporate Park, Irvine, CA 92606-5105.
- 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, esta se llevará a cabo en la próxima reunión programada de la Junta de Fideicomisarios en el lugar programado para la reunión, previa notificación por escrito con 10 días de antelación a todas las partes. Aunque no es necesario, puede hacerse representar 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 sobre la elegibilidad y el pago de las reclamaciones. A continuación, los Fideicomisarios llevarán a cabo una evaluación completa y justa de la apelación y basarán su decisión en la información disponible en el momento de la consideración.
- 9) La Junta de Fideicomisarios, a través del asesor jurídico de la UABT, le enviará por correo una decisión por escrito sobre la apelación en un plazo de setenta y dos (72) horas para las autorizaciones relacionadas con la atención urgente (si procede), quince (15) días para otras autorizaciones y treinta (30) días para las reclamaciones sanitarias, una vez que se haya revisado la apelación. La decisión final de los fideicomisarios: (1) estará redactada de manera que pueda ser comprendida por una persona con conocimientos medios; (2) incluirá el motivo o 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 demanda ante los tribunales para impugnar la denegación de una reclamación (se deben agotar todos los recursos administrativos). Cualquier impugnación judicial de la denegación de una reclamación debe ser presentada por el paciente. El cesionario de los beneficios no tiene derecho a iniciar una impugnación judicial de la reclamación denegada.

Sección 10, Revisión independiente

Si su apelación ante la Junta de Fideicomisarios se refería a una cuestión de criterio médico o a la rescisión de la cobertura (y usted no participa en un «Plan de prestaciones con derechos adquiridos») y la Junta de Fideicomisarios confirmó la denegación de la prestación, usted tiene derecho a solicitar una revisión externa de su reclamación en un plazo de ciento veinte (120) días a partir de la fecha de recepción de la notificación de denegación de la prestación por parte del fideicomisario. Una vez recibida su solicitud de revisión externa, la UABT deberá completar una revisión preliminar de su solicitud en un plazo de cinco (5) días hábiles para determinar si (a) usted estaba cubierto por la UABT cuando se le proporcionó el tratamiento; (b) la denegación de la prestación no estaba relacionada con su elegibilidad para recibir prestaciones; (c) ha agotado el proceso de apelación interno de UABT (a menos que no esté obligado a hacerlo en virtud de la normativa de apelación); y (d) ha proporcionado toda la información y los formularios necesarios para tramitar la revisión externa. A continuación, UABT presentará la apelación a una organización de revisión independiente (IRO) acreditada para que realice la revisión externa junto con los documentos y cualquier información que se haya tenido en cuenta para denegar la prestación. La IRO revisará la reclamación «de novo», es decir, desde el principio, y no estará vinculada por ninguna decisión o conclusión alcanzada en el proceso interno de reclamaciones y apelaciones de la UABT.

- 1) En un plazo de cuarenta y cinco (45) días después de que la IRO haya recibido la solicitud de revisión externa, deberá notificar por escrito la decisión final de la revisión. Esta notificación se enviará tanto a usted como a la UABT. En ella se incluirá: (a) una descripción general del motivo de la solicitud externa; (b) la fecha en que la IRO recibió el encargo de realizar la revisión y la fecha de la decisión de la IRO; (c) una referencia a las pruebas o la documentación que se han tenido en cuenta para tomar la decisión; (d) una explicación de los motivos principales de la decisión de la IRO; (e) una declaración de que usted puede solicitar una revisión judicial; y (f) el número de teléfono de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros médicos que sea aplicable.
- 2) Si la decisión de la IRO es revocar la denegación de beneficios del plan, este deberá proporcionar inmediatamente la cobertura o el pago de la reclamación.

Sección 11, Procedimiento de apelación por denegación de prestaciones del seguro de vida

Sus prestaciones del seguro de vida son gestionadas por separado por una compañía de seguros de vida independiente. Sin embargo, para apelar una denegación de prestaciones del seguro de vida, debe enviar una apelación por escrito tal y como se describe anteriormente para las reclamaciones médicas. Su apelación se remitirá a la compañía correspondiente y se responderá de manera similar a la descrita para la revisión de reclamaciones médicas.

Sección 12, Información y servicio de reclamaciones

Para obtener asistencia bilingüe para presentar una reclamación o para obtener información sobre las prestaciones, llame o escriba al *Departamento de Atención al Miembro de UABT, 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105, (949) 975.1424, (800) 223.4590, Fax (949) 892.1120.*

Si necesita ayuda bilingüe para presentar una reclamación o para obtener información sobre los beneficios, llame o escriba al *Departamento de Servicio al Miembro de UABT, 54 Corporate Park, Irvine California 92606-5105, (949) 975.1424, (800) 223.4590, Fax (949) 892.1120.*

Sección 13, Nombramiento de un representante autorizado

Usted puede designar a otra persona como representante autorizado para que actúe en su nombre y se comuniquen con el Plan con respecto a una reclamación de beneficios específica o una apelación de una denegación. Esta autorización debe ser por escrito, firmada y

fechado por usted e incluya toda la información requerida en el formulario de representante autorizado. El formulario correspondiente puede obtenerse del administrador del plan.

El Plan permitirá, en una situación de urgencia médica, como una reclamación relacionada con atención de urgencia, que el profesional sanitario que trate al reclamante que actúe como representante autorizado del reclamante sin necesidad de completar el formulario de representante autorizado.

Si un reclamante designa a un representante autorizado, todas las comunicaciones futuras del Plan se realizarán con el representante autorizado en lugar del reclamante, a menos que el administrador del Plan reciba una notificación por escrito del reclamante indicando lo contrario. El reclamante puede revocar al representante autorizado en cualquier momento. El reclamante solo puede autorizar a una persona como representante autorizado a la vez.

El reconocimiento como representante autorizado es independiente de que un proveedor acepte una cesión de beneficios, solicite la divulgación de información o pida que se rellene un formulario similar. La cesión de beneficios por parte de un reclamante no se reconocerá como designación del proveedor como representante autorizado para procedimientos legales y otros asuntos similares. A continuación, se describen la cesión y sus limitaciones en virtud de este Plan.

Sección 14, Pago de beneficios

Cuando los pagos de prestaciones sean admisibles de conformidad con los términos de la UABT, el pago se efectuará en dólares estadounidenses (salvo que el administrador del plan acuerde lo contrario). El pago se efectuará, a discreción del administrador del plan, a un cesionario de una cesión de prestaciones, pero en cualquier caso podrá efectuarse alternativamente al solicitante, en cuyo nombre se realiza el pago y que es el destinatario de los servicios por los que se efectúa el pago. En caso de fallecimiento del reclamante, el pago se realizará al heredero, cesionario, agente o patrimonio del reclamante (de acuerdo con las instrucciones escritas) o, si no existe tal acuerdo y a discreción del administrador del plan, a la institución y/o al proveedor que haya prestado la asistencia y/o suministrado los productos por los que se realiza el pago, independientemente de si se ha producido una cesión de prestaciones.

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

Sección 15, Recuperación de pagos

En ocasiones, las prestaciones se pagan más de una vez, se pagan sobre la base de una facturación incorrecta o una declaración errónea en una prueba de pérdida o en la información de inscripción, no se pagan de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones o exclusiones del Plan, o no deberían haber sido pagadas por el Plan. Por lo tanto, este Plan puede pagar prestaciones que posteriormente se consideren superiores al cargo máximo permitido. En este caso, este Plan puede recuperar el importe del pago en exceso de la fuente a la que se pagó, de los pagadores principales o de la parte en cuyo nombre se pagaron los cargos. Por lo tanto, siempre que el Plan pague prestaciones que superen el importe de las prestaciones pagaderas según los términos del Plan, el Administrador del Plan tiene derecho a recuperar cualquier pago erróneo directamente de la persona o entidad que lo haya recibido y/o de otros pagadores y/o del reclamante o dependiente en cuyo nombre se haya realizado dicho pago.

El reclamante, dependiente, proveedor, otro plan de prestaciones, aseguradora o cualquier otra persona o entidad que reciba un pago superior al importe de las prestaciones pagaderas según los términos del Plan o en cuyo nombre se haya realizado dicho pago, deberá devolver o reembolsar el importe de dicho pago erróneo al Plan en un plazo de 30 días a partir de su descubrimiento o de la solicitud. El Administrador del Plan no tendrá ninguna obligación de garantizar el pago de los gastos por los que se realizó el pago erróneo o a los que 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 facultad exclusiva de decidir quién reembolsará al Plan el pago erróneo y si dicho pago se reembolsará en una suma global. Cuando un reclamante u otra entidad no cumpla con las disposiciones de esta sección, el administrador del plan tendrá la autoridad, a su entera discreción, de denegar el pago de cualquier reclamación de prestaciones por parte del reclamante y de denegar o reducir las prestaciones futuras pagaderas (incluido el pago de prestaciones futuras por otras lesiones o enfermedades) en virtud del plan por el importe adeudado como reembolso al plan. El Administrador del Plan también podrá, a su entera discreción, denegar o reducir las prestaciones futuras (incluidas las prestaciones futuras por otras lesiones o enfermedades) en virtud de cualquier otro plan de prestaciones colectivas mantenido por el Promotor del Plan. Las reducciones serán iguales al importe del reembolso requerido.

Los proveedores y cualquier otra persona o entidad que acepte pagos del Plan o a quienes se les haya asignado el derecho a recibir beneficios, en consideración por los servicios prestados, los pagos y/o los derechos, aceptan quedar sujetos a los términos de este Plan y acuerdan presentar las reclamaciones de reembolso en estricta conformidad con las leyes de práctica médica de su estado, las normas ICD o CPT, las directrices de Medicare, las normas HCPCS u otras normas aprobadas por el administrador del Plan o la aseguradora.

Cualquier pago realizado por reclamaciones de reembolso que no se ajuste a las disposiciones anteriores deberá reembolsarse al Plan en un plazo de 30 días a partir de su descubrimiento o solicitud, o se incurrirá en un interés previo al fallo del 1,5 % mensual. Si el Plan debe emprender acciones legales contra un reclamante, proveedor u otra persona o entidad para hacer cumplir las disposiciones de esta sección, dicho reclamante, proveedor u otra persona o entidad se compromete a pagar los honorarios y costes de los abogados del Plan, independientemente del resultado de la acción.

Además, los reclamantes y/o sus dependientes, beneficiarios, herederos, tutores, representantes personales o cesionarios (los «reclamantes») cederán o se considerará que han cedido al Plan su derecho a recuperar dichos pagos realizados por el Plan, de cualquier otra parte y/o recuperación a la que tengan derecho los reclamantes, por o en relación con afecciones adquiridas en el centro, errores del proveedor o daños derivados de actos u omisiones de otra parte por los que el Plan aún no haya sido reembolsado.

El Plan se reserva el derecho de deducir de cualquier beneficio debidamente pagadero en virtud del presente Plan el importe de cualquier pago que se haya realizado en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- 1) Por error.
- 2) En virtud de una declaración errónea contenida en una prueba de pérdida o un acto fraudulento.
- 3) Por una declaración falsa realizada para obtener cobertura en virtud del presente Plan en los dos años siguientes a la fecha de inicio de dicha cobertura.
- 4) Con respecto a una persona no elegible.
- 5) En previsión de obtener una recuperación si un reclamante incumple las disposiciones del Plan relativas a la recuperación por terceros, la subrogación y el reembolso.
- 6) De conformidad con una reclamación por la que se puedan recuperar prestaciones en virtud de cualquier póliza o ley que prevea la cobertura de lesiones o enfermedades profesionales, en la medida en que se recuperen dichas prestaciones. Esta disposición (6) no se considerará que exige al Plan el pago de prestaciones en virtud del mismo en ninguno de estos casos.

La deducción podrá efectuarse con cargo a cualquier reclamación de prestaciones en virtud del presente Plan por parte de un reclamante o de cualquiera de sus dependientes cubiertos, si dicho pago se realiza con respecto al reclamante o a cualquier persona cubierta o que reclame la cobertura como dependiente del reclamante.

Si el Plan pretende recuperar fondos de un Proveedor, debido a una reclamación presentada por error, una reclamación fraudulenta por parte del Proveedor y/o una reclamación que sea resultado de una declaración errónea del Proveedor, dicho Proveedor, como parte de su cesión de beneficios del Plan, se abstendrá de facturar al Reclamante cualquier importe pendiente.

Parte XV, Información sobre la ERISA y declaración de derechos

La siguiente información se proporciona de conformidad con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, 29 U.S.C. 1001 et seq.) y describe sus derechos y responsabilidades en materia de presentación de reclamaciones, así como el proceso de apelación de reclamaciones denegadas.

Sección 1, Nombre y tipo de administración del Plan

El Plan se conoce como United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust, United Agricultural Benefit Trust o UABT, y está administrado por un Consejo de Administración (cuyos miembros son participantes del Plan y son elegidos por los empleadores participantes) establecido en virtud de las disposiciones del Acuerdo Fiduciario del United Agricultural Employee Welfare Benefit Plan & Trust.

Sección 2, Patrocinador del Plan

La 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 u organización de empleadores en particular participa en el Plan y, en caso afirmativo, su dirección.

Sección 3, Nombre y dirección del fideicomisario

El fideicomisario institucional que controla los activos de la UABT es el Bank of America. Puede ponerse en contacto con el fideicomisario institucional en Bank of America, 231 South LaSalle Street, Chicago, IL 60697.

Sección 4, nombre y dirección del administrador del Plan

United Agribusiness League (UnitedAg o UAL) es el administrador del plan United Agricultural Benefit Trust. Puede ponerse en contacto con el administrador del plan en United Agribusiness League, 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

UAL es responsable de comunicar la información relativa a este Plan a los organismos gubernamentales pertinentes y a los participantes en el Plan, de conformidad con los requisitos de la ley ERISA.

Sección 5, Nombre y dirección del administrador de prestaciones

United Agribusiness League (UnitedAg o UAL) es el administrador de prestaciones de United Agricultural Benefit Trust; sin embargo, la Junta de Fideicomisarios de UABT conserva la autoridad final para las apelaciones de determinaciones adversas sobre prestaciones. Puede ponerse en contacto con el administrador de prestaciones en United Agribusiness League, 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

Sección 6, Notificación de procesos legales

UABT es una entidad jurídica. Las notificaciones legales pueden presentarse ante el administrador del plan, y los procesos legales pueden notificarse a United Agribusiness League, situada en 54 Corporate Park, Irvine, California 92606-5105.

Sección 7, Fuente de financiación del Plan

La UABT se financia mediante las contribuciones realizadas al fideicomiso por los empleadores participantes y, si es necesario, las contribuciones de las personas cubiertas. Las prestaciones se pagan directamente con cargo a los fondos del fideicomiso.

Sección 8, nombre y dirección de la compañía de seguros de limitación de pérdidas

El Consejo de Administración ha contratado a Great Midwest Insurance Co., conocida como la aseguradora de pérdida limitada, para proporcionar un seguro de pérdida limitada específico y agregado a UABT. Puede ponerse en contacto con la aseguradora de pérdida limitada 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 Fideicomisarios ha contratado a varias organizaciones de mantenimiento de la salud para prestar servicios médicos a los participantes de la UABT que han optado por la cobertura a través de planes de atención médica gestionados de forma independiente. Puede ponerse en contacto con las HMO en las siguientes direcciones:

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

Sección 10, Nombre y dirección de la compañía aseguradora del seguro de vida temporal colectivo

El Consejo de Administración ha contratado a UNUM, denominada compañía aseguradora de vida temporal colectiva, para proporcionar un seguro de vida temporal colectivo a la UABT. Puede ponerse en contacto con la compañía aseguradora de vida en UNUM, 1 Fountain Square, Chattanooga, TN, 37402.

Sección 11, Año fiscal del plan

El año fiscal de United Agricultural Benefit Trust finaliza el 31 de diciembre.

Sección 12, Número del Servicio de Impuestos Internos

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

Sección 13, Modificaciones al plan

La Junta Directiva de la UABT tiene la autoridad de modificar o rescindir el plan cuando lo considere necesario.

Sección 14, Número del plan

El número de plan del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos para United Agricultural Benefit Trust es el número 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, bonos del Tesoro, acciones y bienes inmuebles, de conformidad con el artículo 4.7 del Código de Seguros de California.

Sección 16, Determinados derechos en virtud de la ley ERISA

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

- a) Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del administrador del plan, copias del último informe anual (Formulario 5500 Series) presentado por la UABT ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.
- b) Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, copias del último informe anual (Formulario 5500 Series) y una descripción resumida actualizada del plan. El Administrador del Plan podrá establecer un cargo razonable por las copias.
- c) Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del Plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este Informe Anual Resumido.
- d) Continuar con la cobertura sanitaria para el empleado y los dependientes elegibles si se produce una pérdida de cobertura en virtud de la UABT como resultado de un evento calificativo. Es posible que usted y/o sus dependientes elegibles tengan que pagar por dicha cobertura. Revise este SPD y los documentos que rigen el Plan en lo que respecta a las normas que regulan los derechos de cobertura de continuación COBRA del participante.

Además de crear derechos para los participantes del Plan, la ley ERISA impone obligaciones a las personas responsables del funcionamiento del Plan. Las personas que gestionan el Plan, denominadas «fiduciarios» del Plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés de los participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni siquiera su empleador ni ninguna otra persona, puede despedir a un empleado participante ni discriminarlo de ninguna otra forma para impedir que obtenga una prestación del Plan o ejerza sus derechos en virtud de la ley ERISA.

Si su solicitud de prestación es denegada, en su totalidad o en parte, debe recibir una explicación por escrito del motivo de la denegación. Tiene derecho a que el Plan revise y reconsidere su solicitud (consulte la Parte XV, Sección 16). En virtud de la ley ERISA, hay medidas que puede tomar para hacer valer los derechos mencionados anteriormente. Por ejemplo, si solicita materiales al Plan y no los recibe en un plazo de treinta (30) días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al Administrador del Plan que le proporcione los materiales y le pague hasta 110 dólares al día hasta que los reciba, a menos que los materiales no se hayan enviado por motivos ajenos al control del Administrador del Plan.

Si los fiduciarios del Plan hicieron un uso indebido del dinero del Plan, o si un participante fuera discriminado por hacer valer sus derechos, podría solicitar ayuda al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios de los abogados. Si el participante gana el juicio, el tribunal puede ordenar a la persona demandada que pague dichos costes y honorarios. Si el participante pierde, el tribunal puede ordenarle que pague dichos costes y honorarios, por ejemplo, si considera que la reclamación o la demanda son frívolas.

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

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

Si cree que la reclamación ha sido denegada o rechazada total o parcialmente de forma injustificada, además de su derecho a apelar la denegación de sus prestaciones ante la UABT, puede solicitar que el asunto sea revisado por el Departamento de Seguros de California, División de Servicios al Consumidor, 300 South Spring Street, Los Ángeles, CA 90013; (800) 927.4357.

Parte XVI, HIPAA y Aviso de prácticas de privacidad

Sección 1, Compromiso de proteger la información médica

La UABT cumplirá con las Normas de Privacidad de la Información Médica Identificable Individualmente (es decir, la «Norma de Privacidad») establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos («HHS») de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 («HIPAA»). Dichas normas controlan la difusión de la «información médica protegida» («PHI») de los participantes. Las normas 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 el funcionamiento del plan.

UABT considera que todos los pacientes mayores de quince (15) años tienen derecho a la privacidad en lo que respecta a su atención médica. No obstante, se seguirá enviando la Explicación de beneficios al miembro hasta que el dependiente cumpla 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 o más que reciban servicios sensibles según la ley de California pueden solicitar que la explicación de beneficios y las comunicaciones se envíen al paciente de forma confidencial a un lugar designado por él. Para obtener más información, consulte las secciones 56.107, 56010 y 56.11 del Código Civil de California, la sección 121020 del Código de Salud y Seguridad de California, 123110(a) y 123115(a) del Código de Salud y Seguridad de California, y las secciones 6924, 6925, 6926, 6927 y 6928 del Código de Familia de California.

La ley exige a UABT que tome medidas razonables para garantizar la privacidad de su PHI y la de sus dependientes, y que le informe sobre:

- 1) La divulgación y el uso de la PHI por parte del Plan.
- 2) Los derechos de privacidad del participante con respecto a su PHI.
- 3) Las obligaciones del Plan con respecto a su PHI.
- 4) El derecho del participante a presentar una queja ante el Plan y ante el secretario del HHS.
- 5) La persona u oficina a la que debe dirigirse 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 médica personal. También describe ciertos derechos que usted tiene con respecto a esta información. Se pueden solicitar copias adicionales del Aviso de prácticas de privacidad de UABT llamando al (800) 223.4590.

En esta disposición se pueden utilizar términos en mayúsculas, pero no se definen de otro modo. Estos términos tendrán el mismo significado que los establecidos en las secciones 160.103 y 164.501 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR). Cualquier modificación de la normativa HIPAA que altere un término definido de la HIPAA o una cita normativa se considerará incorporada a esta disposición.

Sección 2, Definiciones

- 1) Por «infracción» se entiende la adquisición, el acceso, el uso o la divulgación no autorizados de información médica protegida («PHI») o información médica protegida electrónica («ePHI») que infrinja la norma de privacidad de la HIPAA y que comprometa la seguridad o la privacidad de la información.
- 2) La información médica protegida («PHI», por sus siglas en inglés) se refiere a la información médica identificable individualmente, tal y como la define la HIPAA, que es creada o recibida por la UABT y que se refiere a la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de una persona; la prestación de asistencia sanitaria a una persona; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de asistencia sanitaria a una persona; y que identifica a la persona o para la que existe una base razonable para creer que la información puede utilizarse para identificar a la persona. La PHI incluye información de personas vivas o fallecidas.

Sección 3, Cómo se puede utilizar y divulgar la información médica

En general, las Normas de Privacidad permiten a la UABT utilizar y divulgar, en la medida mínima necesaria, la PHI de una persona, sin obtener autorización, solo si el uso o la divulgación se realiza para cualquiera de los siguientes fines:

- 1) Para realizar el pago de prestaciones.
- 2) Si el uso o la divulgación se ajusta a alguna de las circunstancias limitadas descritas en las normas (por ejemplo, si la divulgación es exigida por la ley o para actividades de salud pública).

Sección 4, Usos y divulgaciones principales de la PHI

Tratamiento, pago y operaciones de atención médica: UABT tiene derecho a utilizar y divulgar la PHI de un participante para todas las actividades incluidas en las definiciones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y de conformidad con la Norma de Privacidad de la HIPAA.

Socios comerciales: UABT contrata a personas y entidades (socios comerciales) para que realicen diversas funciones en su nombre. En el desempeño de estas funciones o para prestar servicios, los socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán la PHI, pero solo después de que el Plan y el socio comercial acuerden por escrito los términos del contrato que exigen al socio comercial proteger adecuadamente la información del participante.

Otras entidades cubiertas: El Plan también puede divulgar o compartir la PHI con otras compañías de seguros (como Medicare, etc.) con el fin de coordinar las prestaciones, si un Participante tiene cobertura a través de otra compañía.

Sección 5, Divulgación de la PHI al patrocinador del Plan con fines de administración del Plan

Para que UABT pueda recibir y utilizar la PHI con fines de administración del plan, UABT y el administrador del plan acuerdan en:

- 1) No utilizar ni divulgar la PHI más allá de lo permitido o exigido por los documentos del Plan o por la ley (tal y como se define en las Normas de Privacidad).
- 2) Garantizar que cualquier agente, incluidos los subcontratistas, a quienes el Administrador del Plan proporcione la PHI recibida del Plan, acepten las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a dicha PHI.
- 3) Mantener la confidencialidad de toda la PHI, a menos que una persona dé su consentimiento o autorización específica para divulgar dichos datos o que los datos se utilicen para el pago de la atención médica o las operaciones del Plan.
- 4) Recibir información médica protegida, en ausencia de la autorización expresa de una persona, 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 la PHI que sea incompatible con los usos o divulgaciones previstos y de los que tenga conocimiento el patrocinador del Plan.
- 6) Poner a disposición la PHI de conformidad con la sección 164.524 de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.524).
- 7) Poner a disposición la PHI para su modificación e incorporar cualquier modificación de la PHI de conformidad con la sección 164.526 de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.526).
- 8) Poner a disposición del secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos («HHS»), o de cualquier otro funcionario o empleado del HHS al que se haya delegado la autoridad correspondiente, las prácticas internas, los libros y registros relacionados con el uso y la divulgación de la PHI recibida del Plan, con el fin de determinar el cumplimiento por parte del Plan de la parte 164, subparte E, de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.500 y siguientes).
- 9) Si es posible, devolver o destruir toda la PHI recibida del Plan que el Administrador del Plan aún conserve en cualquier forma y no conservar copias de dicha PHI cuando ya no sea necesaria para el fin para el que se divulgó, excepto que, si dicha devolución o destrucción no es posible, limitar los usos y divulgaciones posteriores a aquellos fines que hagan inviable la devolución o destrucción de la PHI.

El Plan puede optar por no tratar a la persona como 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 dicha persona, no redundando en el interés del Participante tratar a la persona como su representante personal, o tratar a dicha persona como su representante personal podría poner en peligro al Participante.

Divulgaciones al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: El Plan está obligado a divulgar la PHI del Participante al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el secretario esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con la Norma de Privacidad de la HIPAA.

Sección 6, Derechos del participante

El participante tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

- 1) Restricciones de solicitud: El Participante tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación de la PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. El Participante puede solicitar que el Plan restrinja la divulgación de información a familiares, parientes, amigos u otras personas identificadas por él/ella que estén involucradas en su atención o en el pago de su atención. El Plan no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas.
- 2) Derecho a recibir comunicaciones confidenciales: El participante tiene derecho a solicitar que se le envíen las comunicaciones relativas a la PHI de una determinada manera o a un lugar concreto. La solicitud debe realizarse por escrito e indicar cómo desea el participante que se le contacte. El Plan atenderá todas las solicitudes razonables.
- 3) Derecho a recibir notificación sobre las prácticas de privacidad: El participante tiene derecho a recibir una copia impresa de la Aviso de prácticas de privacidad del plan en cualquier momento. Para obtener una copia impresa, póngase en contacto con el responsable de privacidad.
- 4) Relación de divulgaciones: El participante tiene derecho a solicitar una relación de las divulgaciones que el plan ha realizado de su PHI. La solicitud debe realizarse por escrito y no se aplica a las divulgaciones para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines determinados. El participante tiene derecho a dicha relación durante los seis años anteriores a su solicitud. Salvo lo dispuesto a continuación, para cada divulgación, la relación incluirá:
 - (a) la fecha de la divulgación, (b) el nombre de la entidad o persona que recibió la PHI y, si se conoce, la dirección de dicha entidad o persona; (c) una descripción de la PHI 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 realizar una solicitud, póngase en contacto con el responsable de privacidad.
- 5) Acceso: El Participante tiene derecho a solicitar la oportunidad de ver u obtener copias de la PHI que el Plan mantiene sobre él/ella en determinados registros que mantiene el Plan. Si el Participante solicita copias, a él o ella se le podrá cobrar una tarifa para cubrir los gastos de copia, envío por correo y otros suministros. Si un

Participante desea inspeccionar o copiar su PHI, o que se envíe una copia de su PHI directamente a otra persona designada, deberá ponerse en contacto con el responsable de privacidad. La solicitud de enviar la PHI directamente a otra persona designada deberá realizarse por escrito, estar firmada por el Participante y el destinatario deberá estar claramente identificado. El Plan debe responder a la solicitud del Participante en un plazo de 30 días (en algunos casos, el Plan puede solicitar una prórroga de 30 días). En circunstancias muy limitadas, el Plan puede denegar la solicitud del Participante. Si el Plan deniega la solicitud, el Participante puede tener derecho a una revisión de dicha denegación.

- 6) **Modificación:** El Participante tiene derecho a solicitar que el Plan cambie o modifique su PHI. El Plan se reserva el derecho de exigir que esta solicitud se presente por escrito. Envíe la solicitud al responsable de privacidad. El Plan puede denegar la solicitud del Participante en determinados casos, por ejemplo, si no se presenta por escrito o si el Participante no proporciona una razón para la solicitud.
- 7) **Otros usos y divulgaciones no descritos en esta sección** solo se pueden realizar con la 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 Estados Unidos o al Plan. El Plan proporcionará al Participante la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, si así lo solicita.

El Plan no tomará represalias contra el Participante por presentar una queja ante el Plan o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Sección 8, Información de contacto

Información de contacto del responsable de privacidad: Jayson

Welter, J.D., M.A..

Asesor jurídico

general UnitedAg

54 Corporate Park

Irvine, CA 92606.5105

Teléfono: (800) 223.4590

Fax: 1(949) 892.1363

jwelter@unitedag.org

Parte XVII Seguridad HIPAA

Sección 1, Divulgación de información médica protegida electrónica («PHI electrónica») al patrocinador del plan para funciones administrativas del plan

NORMAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA IDENTIFICABLE INDIVIDUALMENTE («NORMA DE SEGURIDAD»)

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y otras leyes aplicables prevalecerán sobre lo siguiente siempre que exista un conflicto o que uno o varios términos no estén definidos en el presente documento.

La Norma de Seguridad impone regulaciones para mantener la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información médica protegida que crea, recibe, mantiene o conserva electrónicamente y que se guarda en formato electrónico (ePHI), tal y como exige la HIPAA.

Sección 2, Definiciones

La información médica protegida electrónicamente (ePHI), tal y como se define en la sección 160.103 de las Normas de Seguridad (45 C.F.R.160.103), se refiere a la información médica identificable individualmente que se transmite o conserva en cualquier medio electrónico.

Los incidentes de seguridad, tal y como se definen en la sección 164.304 de las Normas de Seguridad (45 C.F.R. 164.304), se refieren al intento o la consecución de acceso, uso, divulgación, modificación o destrucción no autorizados de información, o la interferencia en el funcionamiento de los sistemas de un sistema de información.

Sección 3, Obligaciones de la UABT

Para que UABT pueda recibir y utilizar la PHI electrónica para las funciones de administración del plan (tal y como se define en 45 CFR §164.504(a)), UABT se compromete a:

- 1) Implementar medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas que protejan de manera razonable y adecuada la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la PHI electrónica que crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del Plan.
- 2) Asegurarse de que cualquier agente, incluido un subcontratista, al que UABT proporcione PHI electrónica creada, recibida, mantenida o transmitida en nombre del Plan, se comprometa a implementar medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas razonables y adecuadas para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la PHI electrónica, y a informar al Plan de cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento.
- 3) Informar a UABT de cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento.
- 4) Establecer medidas de seguridad para la información, incluidos sistemas de seguridad para el procesamiento y almacenamiento de datos.
- 5) No utilizar ni divulgar la PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados del patrocinador del Plan, salvo en virtud de una autorización que cumpla los requisitos de las Normas de Privacidad.
- 6) Asegúrese de que se establezca una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan, tal y como se exige en la sección 164.504(f)(2)(iii) de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.504(f)(2)(iii)), de la siguiente manera:
 - (a) Los siguientes empleados, o clases de empleados, u otras personas bajo el control del patrocinador del plan, tendrán acceso a la PHI que se divulgará:
 - (i) Responsable de privacidad, asesor jurídico
 - (ii) Contacto de privacidad, vicepresidente ejecutivo y CFP
 - (iii) Responsable de seguridad, Chana Hauben, vicepresidenta de Recursos Humanos
 - (iv) Departamento de reclamaciones
 - (v) Departamento de servicios a los miembros
 - (vi) Departamento de servicios al cliente
 - (vii) Departamento de Tecnología de la Información.
 - (b) El acceso y uso de la PHI por parte de las personas identificadas anteriormente se limitará a las funciones de administración del plan que realizan la UABT y el administrador del plan.

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

De conformidad con la sección 164.504(f)(1)(iii) de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.504(f)(1)(iii)), la UABT puede divulgar al patrocinador del plan información sobre si una persona participa en el plan o está inscrita o se ha dado de baja de las prestaciones ofrecidas por el plan.

Sección 5, Divulgación de PHI para obtener cobertura de pérdida excesiva o stop-loss

El patrocinador del plan puede autorizar y ordenar al plan, a través del administrador del plan o del administrador externo, que divulgue la PHI a las aseguradoras de pérdidas parciales, las aseguradoras de pérdidas excesivas o las aseguradoras generales gestoras («MGU») con fines de suscripción y de otro tipo, con el fin de obtener y mantener la cobertura de pérdidas parciales o excesivas relacionada con las reclamaciones de prestaciones en virtud del plan. Dichas divulgaciones se realizarán de conformidad con las normas de privacidad.

Sección 6, Resolución de incumplimientos

En caso de que cualquier persona autorizada de la plantilla del empleador utilice o divulgue información médica protegida de forma distinta a la permitida por las Normas de privacidad, el incidente se comunicará al responsable de privacidad. El responsable de privacidad tomará las medidas oportunas, entre las que se incluyen:

- 1) Investigar el incidente para determinar si la infracción se produjo de forma involuntaria, por negligencia o de forma deliberada; si existe un patrón de infracciones; y el grado de daño causado por la infracción.
- 2) Aplicar las sanciones adecuadas a las personas que hayan causado la infracción, que, dependiendo de la naturaleza de la misma, pueden incluir una amonestación verbal o escrita, formación adicional o el despido.
- 3) Mitigar cualquier daño causado por la infracción, en la medida de lo posible.
- 4) Documentar el incidente y todas las medidas adoptadas para resolver el problema y mitigar los daños.
- 5) Formar a los empleados en los requisitos de protección de la privacidad y nombrar a un responsable de privacidad encargado de dichas protecciones.
- 6) Divulgar la PHI del participante al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el secretario esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con la Norma de Privacidad de la HIPAA.

Parte XVIII, Leyes federales

Sección 1, Ley contra la Discriminación por Embarazo

Las prestaciones sanitarias proporcionadas por el Fondo deben cubrir los gastos relacionados con el embarazo en las mismas condiciones que los gastos relacionados con otras afecciones médicas. No se requieren prestaciones sanitarias para los gastos derivados de abortos, salvo en los casos en que la vida de la madre corra peligro. Los gastos relacionados con el embarazo se reembolsarán exactamente igual que los gastos incurridos por otras afecciones médicas, ya sea mediante un pago fijo o un porcentaje de los gastos razonables y habituales.

Sección 2, Ley de No Discriminación por Información Genética («GINA»)

La «GINA» prohíbe a los planes de salud colectivos discriminar por motivos de información genética.

El término «información genética» se refiere, con respecto a cualquier persona, a la información sobre cualquiera de los siguientes aspectos:

- 1) Las pruebas genéticas de dicha persona.
- 2) Las pruebas genéticas de los familiares de dicha persona.
- 3) La manifestación de una enfermedad o trastorno en los familiares de dicha persona.

El término «información genética» incluye la participación en investigaciones clínicas relacionadas con servicios genéticos. Las pruebas genéticas incluirían el análisis del ADN, ARN, cromosomas, proteínas o metabolitos humanos que detectan genotipos, mutaciones o cambios cromosómicos. La información genética es una forma de información médica protegida (PHI), tal y como se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y está sujeta a las normas de privacidad y seguridad aplicables.

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

GINA no prohibirá que un proveedor de atención médica que esté tratando a una persona solicite que el paciente se someta a pruebas genéticas. Las normas permiten que el Plan obtenga los resultados de las pruebas genéticas y los utilice para tomar decisiones sobre el pago de reclamaciones cuando sea necesario hacerlo para determinar si el tratamiento proporcionado al paciente era médicamente aconsejable y/o necesario.

La UABT puede solicitar, pero no exigir, pruebas genéticas en determinadas circunstancias muy limitadas relacionadas con la investigación, siempre que los resultados no se utilicen para la suscripción y solo previa notificación por escrito a la persona de que la participación es voluntaria y no afectará a su derecho a recibir prestaciones o contribuciones. Además, el Plan notificará y describirá sus actividades al secretario de Salud y Servicios Humanos cuando estas entren dentro de esta excepción.

La UABT puede recopilar información genética después de la inscripción inicial, pero no puede hacerlo en relación con ningún proceso de renovación anual en el que la recopilación de información afecte a la inscripción posterior. El Plan no ajustará ni aumentará las contribuciones del grupo basándose en la información genética, ni solicitará o exigirá pruebas genéticas, ni recopilará información genética antes o en relación con la inscripción, ni con fines de suscripción.

Sección 3, Ley de Licencia Familiar y Médica

Si un empleado cubierto deja de trabajar activamente debido a una licencia médica familiar, aprobada por el empleador, la cobertura seguirá vigente en los mismos términos y condiciones que se habrían aplicado si el empleado hubiera continuado trabajando activamente. Las contribuciones se mantendrán en los mismos niveles de empleador/empleado que estaban vigentes en la fecha inmediatamente anterior a la licencia (a menos que los niveles de contribución cambien para otros empleados de la misma clasificación).

Sección 4, Ley de Paridad en la Salud Mental de 1996 (MHPA) y Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en las Adiciones de 2008 (MHPAEA)

Las «Disposiciones sobre la igualdad en la cobertura de la salud mental» significarán, en el caso de un plan de salud colectivo (o una cobertura de seguro médico ofrecida en relación con dicho plan) que proporcione tanto prestaciones médicas y quirúrgicas como prestaciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias, que dicho plan o cobertura garantizará el cumplimiento de todos los requisitos siguientes:

- 1) Los requisitos financieros aplicables a dichos beneficios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias no son más restrictivos que los requisitos financieros predominantes aplicados a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan (o la cobertura).
- 2) No existen requisitos de reparto de costes separados que sean aplicables únicamente a las prestaciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias, si estas prestaciones están cubiertas por el plan de salud colectivo (o se ofrece cobertura de seguro médico en relación con dicho plan).
- 3) Las limitaciones de tratamiento aplicables a dichos beneficios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias no son más restrictivas que las limitaciones de tratamiento predominantes aplicadas a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el Plan (o la cobertura).
- 4) No existen limitaciones de tratamiento separadas que sean aplicables únicamente a las prestaciones por trastornos mentales o por consumo de sustancias, si estas prestaciones están cubiertas por el plan de salud colectivo (o si se ofrece cobertura de seguro médico en relación con dicho plan).

Sección 5, Orden de manutención infantil médica calificada (QMSCO)

La ley OBRA de 1993 exige que un hijo dependiente elegible de un empleado incluya a un hijo adoptado por el empleado o por el cónyuge dependiente cubierto que esté obligado a proporcionar cobertura debido a una orden de manutención médica infantil que el administrador del plan considere una orden de manutención médica infantil calificada (QMSCO). Una QMSCO también incluirá una sentencia, decreto u orden emitida por un tribunal de jurisdicción competente o mediante un proceso administrativo establecido en virtud de la legislación estatal y que tenga fuerza y efecto de ley en virtud de la legislación estatal y que satisfaga los requisitos de la QMSCO de la sección 609(a) de la ERISA. (Puede obtener una copia de los procedimientos de la QMSCO del administrador del plan sin cargo alguno).

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

La UABT no limita las prestaciones por hospitalización cubierta por embarazo (para el parto) para la madre y el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea. Además, los requisitos de revisión de la utilización para la hospitalización no se aplicarán a esta estancia mínima y solo se permitirá el alta anticipada si el profesional sanitario responsable, tras consultar con la madre, decide que es apropiado.

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

Las prestaciones del fideicomiso incluyen la cobertura de los siguientes servicios y suministros posteriores a la mastectomía, cuando se proporcionan de la manera determinada en consulta entre el médico tratante y la paciente:

- 1) Reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía.
- 2) Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- 3) Prótesis mamarias; y
- 4) Complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

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

Los empleados que dejan su trabajo para prestar servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos (las «Fuerzas Armadas») tienen derecho a continuar con la cobertura para ellos y sus dependientes en virtud de este Plan durante un máximo de 24 meses mientras permanezcan en las Fuerzas Armadas. Independientemente de si se opta por continuar con la cobertura, los empleados tienen derecho a ser reincorporados cuando vuelvan a ser contratados, por lo general sin períodos de espera ni exclusiones, salvo en el caso de enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio.

Sección 9, Sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas

Cuando reciba atención de emergencia o sea tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, estará protegido contra facturas sorpresa o facturas por el saldo restante.

- 1) ¿Qué es el «cobro del saldo» (a veces denominado «factura sorpresa»)?
Cuando acude al médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. Es posible que tenga otros gastos o que deba pagar la factura completa si acude a un proveedor o visita un centro de atención médica que no pertenece a 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. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina **«facturación del 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 bolsillo.
- 3) La «facturación sorpresa» es una factura por saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted **no puede** controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente es atendido por un proveedor fuera de la red.
- 4) Usted está protegido contra la facturación del saldo en los siguientes casos:
 - a) Servicios de emergencia
Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede cobrarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguros). **No** se le puede cobrar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para no recibir facturas por el saldo de estos servicios posteriores a la 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 no estén dentro de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para no recibir facturas por el saldo.

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

- 6) Nunca se le exigirá que renuncie a sus protecciones contra el cobro del saldo restante. Tampoco se le exigirá que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

- 7) Cuando no se permite el cobro del saldo restante, también cuenta con 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 centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
 - b) Por lo general, su plan de salud debe:
 - i. Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación previa de los servicios (autorización previa).
 - ii. Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - iii. Base lo que debe al proveedor o centro (costos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre ese monto en su explicación de beneficios.
 - iv. Cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red se contabilizará para su deducible y límite de gastos de bolsillo.
- 8) Si cree que se le ha facturado incorrectamente, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de UABT en el (800) 223.4590.
- 9) Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Parte XIX, Aviso del Departamento de Seguros de California

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

LAS PRESTACIONES SANITARIAS QUE HA ADQUIRIDO O QUE ESTÁ SOLICITANDO ADQUIRIR SON EMITIDAS POR UN ACUERDO DE BIENESTAR DE MÚLTIPLES EMPLEADORES QUE CUENTA CON LICENCIA DEL ESTADO DE CALIFORNIA.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTE ACUERDO DE BIENESTAR DE MÚLTIPLES EMPLEADORES, DEBE PREGUNTAR A SU ADMINISTRADOR DE FIDEICOMISO O PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE CALIFORNIA EN EL (800) 927.4357.



SUS PRESTACIONES DE SALUD

DESCRIPCIÓN

RESUMIDA

DEL PLAN

Nota: La traducción al español de esta Descripción resumida del plan y el Anexo de prestaciones médicas ha sido proporcionada por UnitedAg únicamente para su comodidad. En caso de que exista alguna contradicción entre la versión en español y la versión en inglés, prevalecerá la versión en inglés.