

SOUTHWEST HEALTH BENEFITS FUND
RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DEL PLAN Y DOCUMENTO DEL PLAN
EDICIÓN DEL 1 DE FEBRERO DE 2017

SOUTHWEST HEALTH BENEFITS FUND
PLAN DE SALUD Y BIENESTAR

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Mark Crandell
Benefit Resources Inc.
8441 Gulf Freeway, Suite 304
Houston, TX 77017
Teléfono: (713) 643-9300

CONSEJO DE ADMINISTRADORES

Administradores Sindicales Administradores patronales

Kevin L. Smith, Presidente	Adrian Mendoza, Copresidente
Lucien Clark	William G. McCraw
M. Monroe Norrid, Jr.	Toby Landry
Thomas Kleinmann	

ASESORÍA JURÍDICA

Maria C. Cangemi
Robein, Urann, Spencer, Picard & Cangemi (APLC)
2540 Severn Avenue, Suite 400
Metairie, LA 70002

CONSULTOR

The Segal Company
Apartado Postal 56268
Metairie, LA 70055

AUDITOR

Needles and Associates
350 Interlocken Blvd #220
Broomfield, CO 80021

ÍNDICE

CUADRO DE BENEFICIOS	viii
CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO	xii
CUÁNDO USTED O SUS DEPENDIENTES DEBEN NOTIFICAR A LA OFICINA DEL FONDO.....	xiii
ARTÍCULO I - DEFINICIONES	1
Sección 1.1. Director administrativo	1
Sección 1.2. Acuerdo y declaración de fideicomiso o acuerdo de fideicomiso	1
Sección 1.3. Cargo permitido	1
Sección 1.4. Receptor alternativo	1
Sección 1.5. Centro de cirugía ambulatoria	1
Sección 1.6. Asignación de beneficios.....	2
Sección 1.7. Beneficiario	2
Sección 1.8. Año calendario	2
Sección 1.9. COBRA	2
Sección 1.10. Acuerdo de Negociación Colectiva (CBA)	2
Sección 1.12. Tasa de contribución.....	2
Sección 1.13. Empleo cubierto.....	2
Sección 1.14. Gastos cubiertos	2
Sección 1.15. Persona cubierta	2
Sección 1.16. Servicio cubierto	2
Sección 1.17. Dependiente o dependiente elegible	3
Sección 1.18. Equipo médico duradero	4
Sección 1.19. Cargo elegible	4
Sección 1.20. Empleado elegible	4
Sección 1.21. Empleado	4
Sección 1.22. Empleador.....	4
Sección 1.23. ERISA	4
Sección 1.24. Experimental o investigativo	4
Sección 1.25. FMLA	5
Sección 1.26. Licencia FMLA	5
Sección 1.27. Fondo, fideicomiso o fondo fiduciario.....	5
Sección 1.28. Proveedor de atención médica.....	5
Sección 1.29. HIPAA	5
Sección 1.30. Hospital.....	5
Sección 1.31. Enfermedad o malestar	6
Sección 1.32. Lesión	7
Sección 1.33. Paciente	7
Sección 1.34. Mes de retraso.....	7
Sección 1.35. Médicamente necesario	7

Sección 1.36. Proveedor de la red	7
Sección 1.37. Paciente ambulatorio	7
Sección 1.38. Participante.....	7
Sección 1.39. Acuerdo de participación.....	7
Sección 1.40. Médico	7
Sección 1.41. Plan	8
Sección 1.42. Organización de Proveedores Preferidos (PPO)	8
Sección 1.43. Medicamentos con receta	8
Sección 1.44. Orden de manutención médica infantil calificada o QMCSO (<i>Qualified Medical Child Support Order</i>)	8
Sección 1.45. Gastos razonables y habituales	8
Sección 1.46. Gastos por alojamiento y comidas	9
Sección 1.47. Autopagos.....	9
Sección 1.48. Centro de cuidados subagudos.....	9
Sección 1.49. Administradores o Consejo de Administradores.....	9
Sección 1.50. Sindicato	9
Sección 1.51. USERRA	9
ARTÍCULO II - NORMAS DE ELEGIBILIDAD.....	10
Sección 2.1. Normas de elegibilidad para los empleados.....	10
Sección 2.2. Normas de elegibilidad para dependientes	12
Sección 2.3. Finalización de la elegibilidad del empleado.....	14
Sección 2.4. No hay anulación retroactiva de la cobertura	14
Sección 2.5. Finalización de la elegibilidad de dependientes.....	14
Sección 2.6. Restablecimiento de la elegibilidad	15
Sección 2.7. RECIPROCIDAD CON OTROS PLANES.....	15
ARTÍCULO III - DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE COBRA	15
Sección 3.1. Su derecho a continuar la cobertura.....	15
Sección 3.2. Beneficiario Calificado.....	16
Sección 3.3. Evento Calificado.....	16
Sección 3.4. Período de elección de la cobertura COBRA.....	17
Sección 3.5. Notificación del Evento Calificado.....	17
Sección 3.6. Periodo máximo de cobertura continuada	19
Sección 3.7. Autopago extendido	20
Sección 3.8. Normas de la cobertura extendida de autopago para empleados	21
Sección 3.9. Finalización de la cobertura COBRA	21
Sección 3.10. Costes y pago de la cobertura COBRA	22
Sección 3.11. Requisitos de notificación.....	24
Sección 3.12. Mantener informado a al Fondo de los cambios de dirección	25
Sección 3.13. Preguntas.....	25
ARTÍCULO IV - LEY DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR (FMLA)	25
ARTÍCULO V - LICENCIA POR SERVICIO MILITAR CALIFICADO	26

ARTÍCULO VI - BENEFICIOS MÉDICOS GLOBALES - GASTOS CUBIERTOS	27
Sección 6.1. Qué paga el plan.....	27
Sección 6.2. Deducible por año calendario	27
Sección 6.3. Porcentaje de copago, proveedores de la red y límite de gastos de bolsillo.....	27
Sección 6.4. Programa de gestión de la utilización	28
Sección 6.5. Gastos cubiertos por los beneficios médicos globales.....	31
Sección 6.6. Servicios preventivos.....	39
ARTÍCULO VII - BENEFICIOS MÉDICOS GLOBALES - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	46
Sección 7.1. Exclusiones generales.....	46
Sección 7.2. Limitaciones y exclusiones de la cobertura de servicios preventivos	49
ARTÍCULO VIII - COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS.....	50
Sección 8.1. General.....	50
Sección 8.2. Cómo funciona la coordinación de beneficios	50
Sección 8.3. Definiciones.....	50
Sección 8.4. Orden de determinación	51
Sección 8.5. Coordinación de beneficios con Medicare.....	53
Sección 8.6. Coordinación de beneficios con Medicaid	54
Sección 8.7. Coordinación de beneficios con programas estatales y federales distintos de Medicare o Medicaid.....	55
Sección 8.8. Derecho a la recuperación	55
ARTÍCULO IX-SUBROGACIÓN Y REEMBOLSO	55
Sección 9.1. Subrogación y reembolso.....	55
Sección 9.2. Pagos en exceso y pagos indebidos	58
Sección 9.3. Declaraciones erróneas.....	58
ARTÍCULO X - PROCEDIMIENTOS DE RECLAMO, APELACIONES Y REVISIÓN	59
Sección 10.1. Definiciones relativas a los reclamos.....	59
Sección 10.2. Procedimientos de reclamos	59
Sección 10.3. Procedimientos de apelación	64
Sección 10.4. El proceso de apelación	64
Sección 10.5. Procedimientos de apelación de reclamos externos.....	65
Sección 10.6. Plazo de prescripción de la acción judicial.....	70
Sección 10.7. Exámenes físicos y autopsia.....	70
Sección 10.8. Plazos de notificación de las resoluciones de apelación	70
ARTÍCULO XI - NORMA DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD	71
ARTÍCULO XII - INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PLAN	72
ARTÍCULO XIII - DECLARACIÓN DE DERECHOS ERISA.....	75
Sección 13.1. Recibir información sobre su plan y beneficios.....	75
Sección 13.2. Continuar la cobertura del plan de salud	75
Sección 13.3. Haga cumplir sus derechos	76
Sección 13.4. Asistencia a sus preguntas	77

SOUTHWEST HEALTH BENEFITS FUND

Oficina del Fondo

8441 Gulf Freeway

Suite 304

Houston, Texas 77017-5066

Teléfono 713-643-9300

Fax: 866-316-4794

Teléfono gratuito: 866-236-3148

CARTA A TODOS LOS PARTICIPANTES

Nos complace presentarle el nuevo documento de Descripción Resumida del Plan (SPD) y el Documento del Plan incorporado que describen los beneficios que ofrece el Fondo.

Los beneficios médicos se pagan directamente con los bienes del Fondo.

Le instamos a que lea detenidamente este nuevo SPD para que comprenda mejor los beneficios a los que usted y su familia pueden tener derecho. Aunque esperamos que todos gocen de buena salud en todo momento, creemos que usted sentirá, como nosotros, que los beneficios del Fondo proporcionan seguridad financiera en tiempos de necesidad.

Para que sus reclamos se abonen puntualmente, lea y cumpla los requisitos indicados en el apartado "CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO", en la página XII de esta SDP.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, elegibilidad o cómo presentar reclamos, póngase en contacto con la Oficina del Fondo (713) 643-9300.

Recuerde que, para que sea oficial y vinculante, toda información relativa a sus derechos en virtud del Plan debe ser comunicada por escrito por la Junta de Síndicos.

Atentamente,

CONSEJO DE ADM INISTRADORES

10 FORMAS DE CONTROLAR SUS FACTURAS MÉDICAS

Usted puede controlar sus gastos médicos. Empiece ahora. Aunque ya sea un usuario consciente del sistema médico, si pone en práctica las 10 formas de controlar sus gastos médicos, afectará positivamente a su bolsillo y a su salud.

1. **Trátese bien.** Muchas enfermedades y lesiones pueden prevenirse. Las enfermedades graves, como las cardiopatías, suelen estar relacionadas con el estilo de vida. El tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, una dieta inadecuada y el estrés son algunos de los factores que pueden causar cardiopatías. Si come bien, duerme lo suficiente y hace ejercicio con regularidad, podrá prevenir enfermedades graves y leves. Recuerde llevar puesto el cinturón de seguridad cuando viaje en cualquier vehículo y tenga cuidado en su casa para evitar accidentes domésticos innecesarios.
2. **Haga preguntas sobre sus facturas.** Las únicas "preguntas tontas" son las que no se hacen. Pregunte por los cargos de la factura del hospital si no los entiende. Todos los hospitales cuentan con personal que puede ayudarle a resolver sus dudas sobre facturación.
3. **Pregunte por su medicación/plan de tratamiento.** Los medicamentos genéricos suelen costar menos que los de marca y su médico se los recetará si usted se lo pide.

Si tiene dudas o preguntas sobre un tratamiento o procedimiento que le haya recomendado su médico, pida una segunda opinión a otro médico o profesional médico. Los pacientes que están informados sobre lo que pueden esperar durante su ingreso hospitalario suelen recuperarse más rápido y tener menos complicaciones que los pacientes que no están informados. Muchos hospitales tienen programas de información al paciente para ayudarle. Utilícelos.

4. **No esté dentro cuando puede estar fuera.** Consulte a su médico sobre el uso de servicios ambulatorios en su hospital o consulta médica para pruebas, tratamientos y muchos tipos de cirugía menor. La atención ambulatoria es siempre menos costosa que un ingreso hospitalario y a menudo puede lograr el mismo objetivo.
5. **Utilice la sala de emergencias para las emergencias.** El servicio de emergencias de su hospital es un lugar caro para tratar dolencias menores. Cuando sea posible, póngase en contacto con su médico antes de decidir acudir a emergencias.
6. **Comprenda su cobertura antes de tener que utilizarla.** Asegúrese de conocer bien su cobertura médica. Lea este SDP. Describe cómo funcionarán los beneficios y qué está cubierto y qué no.
7. **Cuanto más breve sea su internamiento en el hospital, menos pagará.** Cuando sea posible, hágase las pruebas antes de ingresar en el hospital. Salvo en situaciones de emergencia, evite ingresar en el Hospital por la noche o en fin de semana porque puede pasar un tiempo innecesario esperando una intervención quirúrgica o un tratamiento especial. Además, es importante que abandone el hospital en cuanto su médico le diga que está listo.
8. **No espere un almuerzo "gratis".** Sea un consumidor consciente de los costes. Aunque nuestro Fondo o el gobierno paguen la mayor parte de sus necesidades médicas, los servicios y tratamientos que recibe nunca son gratuitos. Si se esfuerza por controlar cómo utiliza los servicios médicos, todos saldremos beneficiados, especialmente usted.
9. **¡Atención a las alertas tempranas!** Conozca los primeros síntomas de enfermedades como las cardiopatías y el cáncer. La detección precoz de enfermedades puede salvarle la vida y ahorrarle dinero.
10. **Utilizar proveedores PPO.** Dado que el Fondo suele pagar el 70% de los gastos cubiertos cuando usted y sus dependientes ingresan en un hospital PPO (en lugar del 30% en un hospital no PPO) y que los proveedores PPO aplican descuentos en otros servicios, usted y el Fondo ahorrarán dinero. Por lo tanto, tendrá gastos de bolsillo menores cuando utilice los servicios de los proveedores de la PPO.

Estos 10 sencillos pasos pueden ayudarle a mejorar su salud y reducir sus gastos médicos.

SOUTHWEST HEALTH BENEFITS FUND

CUADRO DE BENEFICIOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2016

Beneficios vitalicios y AD&D para empleados activos	
Beneficio vitalicio	\$10,000
Beneficio AD&D	\$10,000

Los beneficios vitalicios y AD&D están asegurados a todo riesgo a través de ULLICO.

Beneficios médicos	Proveedor PPO	Proveedor no PPO
Deducible por año calendario	\$750 individual	\$1,500 individual
	\$2,250 familiar	\$3,000 familiar
Deducible por accidente común	Si dos o más familiares cubiertos sufren lesiones en el mismo accidente, solo se aplicará un deducible individual a todos los gastos incurridos en relación con dicho accidente durante el año calendario.	
Deducible prorrogado	Los gastos cubiertos utilizados para satisfacer el deducible del año calendario durante los meses de octubre a diciembre de un año calendario también pueden utilizarse para satisfacer el deducible del año calendario siguiente.	
Máximo de bolsillo por año calendario	\$7,150.00 individual, \$14,300 familiar. El gasto de bolsillo máximo incluye los importes que paga para el deducible por año calendario y cualquier coseguro o una vez que alcance el gasto de bolsillo máximo o de PPO, el Plan pagará el 100% de los gastos cubiertos de la PPO para el año calendario.	Sin gastos máximos por servicios recibidos fuera de la red.
Beneficio máximo anual	I limitado	

Beneficio vitalicio máximo	Ilimitado	
Beneficios médicos	Proveedor PPO	Proveedor no PPO
Requisitos de precertificación	El Plan exige que todos los ingresos hospitalarios y los servicios de Atención Médica a domicilio sean precertificados. Si no se certifican previamente estos servicios, se aplicará una penalización del 10%, hasta un máximo de \$1,000 procedimiento, evento o internamiento.	
Servicios hospitalarios (hospitalización)	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
Centro de enfermería especializada o centro de subagudos	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
Servicios médicos (visitas al consultorio, visitas al hospital, radiografías y pruebas de laboratorio y 2ª y 3ª opinión quirúrgica)	El plan paga el 70% después de sus \$40 de copago por visita, por proveedor (no sujeto a Deducible)	El plan paga el 30% después del deducible
Servicios médicos (cirugía y anestesia)	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
Servicios de laboratorio (ambulatorios)	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
Radiología, Medicina Nuclear y Radiaciones Servicios de terapia (ambulatoria)	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
Medicamentos con receta	El plan paga el 80% después del deducible por los medicamentos genéricos y el 70% después del deducible por los medicamentos de marca.	
Servicios de emergencia en la sala de emergencias de un hospital (deben ser para una "emergencia médica")	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 70% después del deducible

Servicios en un centro de emergencias	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
Transporte de emergencia en ambulancia al Hospital más cercano	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
Pruebas de preadmisión (pacientes ambulatorios)	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
	Debe realizarse en los siete días inmediatamente anteriores al ingreso hospitalario.	
Cirugía ambulatoria hospitalaria o centro quirúrgico ambulatorio	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
Beneficios médicos	Proveedor PPO	Proveedor no PPO
Servicios Quiroprácticos (Tratamiento Manipulativo)	El plan paga el 70%, no sujeto a deducible	El plan paga el 30% después del deducible
	Los beneficios por tratamiento de manipulación se limitan a 10 visitas por persona y año calendario.	
Servicios quiroprácticos (tratamiento no manipulativo, visitas al consultorio, radiografías y pruebas de laboratorio)	El plan paga el 70% después de su \$40 de copago por visita, por proveedor (no sujeto a deducible)	El plan paga el 30% después del deducible
Aparatos correctores (prótesis y órtesis)	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
Equipos médicos duraderos	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
Atención médica a domicilio	El plan paga el 70% después de sus \$40 de copago por visita, por proveedor (no sujeto a deducible)	El plan paga el 30% después del deducible
	Limitado a 30 visitas por año calendario (PPO y no PPO combinados). Los cuidados deben comenzar en los 14 días siguientes al alta hospitalaria o al ingreso en un centro de enfermería especializada.	
Tratamiento de la salud mental	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
	Todas las hospitalizaciones y hospitalizaciones parciales para servicios y tratamientos de salud mental deben ser precertificadas y están sujetas a revisión de estancia continuada.	
Tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias	No cubierto	No cubierto

Servicios de maternidad	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
	No hay beneficios por servicios de maternidad para los Hijos Dependientes, excepto para determinados cuidados prenatales, como se indica en el apartado Beneficios de Cuidados Preventivos y complicaciones del embarazo.	
Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia ambulatorias	El plan paga el 70% después de sus \$40 de copago por visita, por proveedor (no sujeto a Deducible)	El plan paga el 30% después del deducible
Servicios de cuidados paliativos	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
Trasplantes de órganos y tejidos	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 30% después del deducible
Servicios de atención preventiva	El plan paga el 100%, no sujeto a deducible	No cubierto

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Si usted o su dependiente elegible se enferma, se lesiona o fallece, y cree que puede tener derecho a los beneficios de este Plan:

1. Llame a la Oficina del Fondo al (713) 643-9300 / 866-236-3148.
2. La Oficina del Fondo le indicará si tiene derecho a los beneficios del Plan.
3. La Oficina del Fondo le facilitará un formulario de reclamos.
4. Debe cumplimentar su parte (Declaración del solicitante) del formulario.
5. Si su reclamo está relacionado con una discapacidad, pídale a su médico que complete la Declaración del médico tratante en el formulario.
6. Envíe por correo el formulario y todas las facturas correspondientes al reclamo a la Oficina del Fondo, a la siguiente dirección

SOUTHWEST HEALTH BENEFITS FUND

c/o Benefit Resources, Inc.
8441 Gulf Freeway, Suite 304
Houston, TX 77017-5066

7. Al comienzo de cada año calendario, la Oficina del Fondo le enviará un formulario de reclamo médico inicial para que lo rellene. Este formulario debe ser completado y devuelto a la Oficina del Fondo antes de que el Plan pague cualquier reclamo presentado por sus Dependientes para ese año calendario.
8. Después de rellenar y devolver el formulario de reclamo médico inicial para un año calendario, no tendrá que presentar otro formulario de reclamo para los reclamos no relacionados con accidentes para ese año calendario. El plan lo abonará una vez recibidos los documentos correspondientes de su Proveedor de Servicios Médicos.

NOTA: La presentación de formularios de reclamo, la presentación de reclamos y la aportación de la documentación adecuada es responsabilidad suya. Si su reclamo no va acompañado de una factura detallada que incluya un código de diagnóstico y un código CPT, la Oficina del Fondo no tramitará el reclamo hasta haber recibido toda la información requerida. Además, si presenta un reclamo y el Fondo es el pagador secundario, el reclamo DEBE ir acompañado de una factura detallada que incluya un código de diagnóstico y un código CPT, así como la explicación de beneficios del pagador primario. En caso contrario, la Oficina del Fondo no tramitará el reclamo hasta haber recibido toda la información requerida. **Es su responsabilidad presentar reclamos completos a su debido tiempo. No hacerlo puede afectar negativamente al pago de su reclamo.**

USTED O SUS DEPENDIENTES DEBEN NOTIFICAR A LA OFICINA DEL FONDO

CUANDO:

1. Cambie de dirección.
2. Los nuevos Dependientes deben estar cubiertos (debe presentar copias certificadas de los certificados de nacimiento y/o de los documentos de adopción).
3. Se divorcie (presente los documentos de divorcio certificados por el tribunal).
4. Se case (presente una copia certificada de la licencia de matrimonio).
5. Se ha producido un fallecimiento (presente copia certificada del certificado de defunción).
6. Un dependiente deja de serlo (por ejemplo, su hijo cumple 26 años).

AVISO

No se considerará que este documento del plan/SPD constituye un contrato de trabajo ni otorga a ningún Empleado de un Empleador contribuyente el derecho a permanecer al servicio del Empleador ni interfiere con el derecho del Empleador a despedir a cualquier Empleado. Estas cuestiones están cubiertas por su Acuerdo Colectivo o Acuerdo de Participación.

Para tener derecho a los beneficios de este Plan, DEBE cumplir todas las disposiciones relativas a los requisitos de elegibilidad. La posesión de este SPD no le da derecho automáticamente a los beneficios de este Plan.

Los administradores tienen plena y exclusiva autoridad para determinar, a su entera discreción, todas las cuestiones relativas a la cobertura y el derecho a los beneficios, el nivel y el tipo de beneficios proporcionados, los métodos para proporcionar u organizar los beneficios y otros asuntos relacionados. Los Administradores también tienen autoridad plena y exclusiva para interpretar las disposiciones del Acuerdo y la Declaración de Fideicomiso por los que se establece el Fondo Fiduciario y este SPD/Plan, que establece y recoge los términos y disposiciones de las coberturas y beneficios ofrecidos. Todas las determinaciones o interpretaciones adoptadas de buena fe por los Administradores serán vinculantes para todas las entidades, incluidas, entre otras, todas las personas cubiertas por este Plan.

Los beneficios médicos descritos en este SPD/Plan no están asegurados por ningún contrato de seguro y no existe ninguna responsabilidad por parte del Consejo de Administradores ni de ninguna persona o entidad de proporcionar pagos por encima de la cantidad del Fondo Fiduciario disponible para tal fin.

ARTÍCULO I - DEFINICIONES

Al leer este SDP/Plan, es posible que se encuentre con términos que tienen un significado especial. Le sugerimos que se familiarice con los siguientes términos. Siempre que estos términos aparezcan en este SDP/Plan como términos en mayúsculas, tendrán el significado que se indica a continuación.

Sección 1.1. Director Administrativo significa la persona o entidad designada y contratada por los Administradores y en quien los Administradores han delegado su autoridad para administrar el Plan, tomar determinaciones de elegibilidad, pagar y procesar reclamos y/o realizar otras funciones administrativas autorizadas por el Acuerdo de Fideicomiso y ley aplicable. En ausencia de un Director Administrativo, los Administradores conservarán la autoridad y la responsabilidad de actuar en ese papel.

Sección 1.2. Acuerdo y Declaración de Fideicomiso o Acuerdo de Fideicomiso Se refiere al Acuerdo y Declaración del Fondo Fiduciario de Bienestar Local Número 21 de los Trabajadores de Asbesto vigente el 24 de abril de 1990, incluidas todas las enmiendas y modificaciones al mismo.

Sección 1.3. Cargo permitido significa el monto del cargo de un proveedor que el Plan reconoce como pagadero por servicios o suministros que están cubiertos por el Plan (sujeto a cualquier deducible o limitación aplicable). El Cargo Permitido será la menor de las siguientes cantidades: (i) el cargo real; (ii) la tarifa con descuento acordada contractualmente para un Proveedor de la Red; y (iii) para un Proveedor fuera de la Red, la cantidad permitida determinada por el Consejo de Administradores de manera razonable y uniforme de acuerdo con la metodología, la tabla de tarifas, el percentil y/o el ajuste para el área geográfica y la naturaleza y gravedad de la condición tratada, según lo aprobado para su uso por el Consejo. Se prevé que la tarifa permitida para un proveedor fuera de la red sea inferior a la tarifa permitida para un proveedor dentro de la red.

Sección 1.4. Receptor alternativo significa cualquier hijo suyo a quien se le reconoce, según una Orden de mantenimiento médica calificada para niños, que tiene derecho a inscribirse en este Plan con respecto a usted.

Sección 1.5. Centro de cirugía ambulatoria significa una instalación pública o privada con licencia como tal otorgada por el estado en el que está ubicada y que está equipada y operada únicamente como un entorno para cirugía ambulatoria. La instalación debe contar con todo lo siguiente:

- A. Dotación de personal, que incluye:
 - 1. Dirección por un equipo de médicos o cirujanos (MDS o DO);
 - 2. Presencia de un médico o cirujano durante cada intervención quirúrgica y el periodo de recuperación (y presencia de un anestesista titulado cuando se requiera anestesia general o raquídea);
 - 3. Prestación de servicios de enfermería especializada a tiempo completo en los quirófanos y salas de recuperación (bajo la dirección de enfermeros titulados); y
 - 4. Ampliación de privilegios de personal a Médicos o cirujanos que realicen intervenciones quirúrgicas en un Hospital del área.

- B. Instalaciones y equipos, que incluyen:
1. Al menos dos quirófanos y una sala de recuperación (pero no un lugar para que los pacientes pasen la noche);
 2. Equipos de diagnóstico por rayos X y de laboratorio (o un contrato para utilizar dichos equipos en un centro médico de la zona); y
 3. Equipo de emergencia (incluido un desfibrilador, un equipo de traqueotomía y un expansor del volumen sanguíneo).
- C. Políticas y procedimientos por los que se rige el centro:
1. Cobra regularmente a los pacientes por servicios y suministros; y
 2. Contrata con un Hospital de zona, y muestra procedimientos escritos, para el traslado inmediato de casos de emergencia.

Sección 1.6. Asignación de beneficios: solicitud por escrito de un afiliado para que el Plan pague la totalidad o una parte de los beneficios proporcionados en concepto de tratamiento o servicios hospitalarios, de enfermería, médicos o quirúrgicos directamente a la persona o entidad que proporcionó los servicios o el tratamiento. El reclamo por escrito debe incluir una anotación adecuada en un formulario de facturación del proveedor.

Sección 1.7. Beneficiario significa una persona que tiene o puede tener derecho a un beneficio según los términos del Plan.

Sección 1.8. Año calendario significa el período que comienza a las 12:01 a.m. el 1 de enero, hora estándar del centro, y hasta las 11:59 p.m. hora estándar del centro el 31 de diciembre inmediatamente siguiente.

Sección 1.9. COBRA significa la ley federal conocida como Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985, en su versión enmendada.

Sección 1.10. Acuerdo de Negociación Colectiva (CBA) significa cualquier acuerdo escrito celebrado por un Empleador y el Sindicato, que establece contribuciones del Empleador al Fondo en nombre de sus Empleados (que trabajan en un empleo cubierto), según se extienda, renueve o modifique de vez en cuando.

Sección 1.12. Tasa de contribución significa la cantidad que un Empleador se compromete a pagar al Fondo en virtud del Acuerdo Colectivo, por cada hora de Empleo Cubierto trabajada por sus Empleados contratados colectivamente.

Sección 1.13. Empleo cubierto significa empleo por parte de un Empleador por el cual el Empleador está obligado a contribuir al Fondo, de conformidad con el Acuerdo de Negociación Colectiva o un Acuerdo de Participación.

Sección 1.14. Gastos cubiertos significa aquellos gastos que se describen en el Artículo VI y en los que realmente incurre una Persona Cubierta de este Plan, sujeto a las limitaciones descritas en el Artículo VII. Los Gastos Cubiertos deben ser Médicamente Necesarios según se define en este documento, y ser Gastos Razonables y Habituales, según se define en este documento.

Sección 1.15. Persona cubierta significa un Participante o "Empleado Elegible" y/o un "Dependiente Elegible".

Sección 1.16. Servicio cubierto significa atención médica, servicios, suministros o tratamientos médicamente necesarios para lesiones o enfermedades que no están relacionadas con el trabajo, o para atención preventiva y de bienestar, para los cuales hay beneficios médicos

disponibles según el plan.

Sección 1.17. Dependiente o Dependiente Elegible significa cualquiera de los siguientes:

- A. Su cónyuge legalmente casado, en la medida en que lo reconozca la legislación federal;
- B. Su pareja de hecho, según lo permitido en el estado de Texas o en cualquier otro estado que reconozca las uniones de hecho;
- C. Cualquier hijo suyo menor de veintiséis (26) años;
- D. Cualquier hijo soltero suyo mayor de veintiséis (26) años que sea incapaz de mantener un empleo por sí mismo debido a una discapacidad física o mental por la que haya recibido una determinación de Incapacidad Total por parte de la Administración del Seguro Social. Además, el hijo debe haber quedado totalmente discapacitado antes de cumplir los veintiséis (26) años y depender principalmente de usted para su manutención. Deberá proporcionar a la Oficina del Fondo una prueba escrita aceptable de la Incapacidad Total del hijo en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que el hijo alcance el límite de edad máximo y, posteriormente, de forma periódica según lo solicite razonablemente el Plan. Un hijo que reúna los requisitos establecidos en esta disposición seguirá siendo un dependiente elegible mientras usted siga estando cubierto y el hijo siga cumpliendo las condiciones de este apartado.

El término "hijo" incluye únicamente a sus hijos naturales, hijastros, hijos adoptados, hijos de acogida, hijos dados en adopción y niños bajo su tutela legal. El término "niños acogidos" se refiere a los niños colocados con usted por una agencia de colocación autorizada o por sentencia, decreto u otra orden de cualquier tribunal de jurisdicción competente. Ser "dado en adopción" significa que usted ha asumido, y mantiene, una obligación legal de manutención total o parcial de dicho niño en previsión de la adopción del mismo. El acogimiento del menor con usted finaliza con la extinción de dicha obligación legal.

El Fondo puede exigir una declaración para verificar que un hijastro, hijo de acogida, hijo adoptado legalmente o hijo bajo tutela es un dependiente elegible.

El plan podrá exigirle ocasionalmente que proporcione documentación satisfactoria que demuestre que su dependiente cumple los requisitos arriba indicados.

La prueba de la condición de Beneficiario de una persona incluye, entre otros, los siguientes documentos:

- 1. Una licencia de matrimonio válida o un certificado de unión de hecho de un estado que reconozca la unión de hecho;
- 2. Sentencia judicial de divorcio o separación legal;
- 3. Un certificado de nacimiento;
- 4. Una orden judicial de colocación en adopción o acogida;
- 5. Un certificado médico de incapacidad mental o física;
- 6. Una Orden de Manutención Médica Infantil Calificada (QMCSO) en el sentido del artículo 609(a) de ERISA.

En caso de divorcio o nuevo matrimonio, es necesario presentar una sentencia de divorcio en la Oficina del Fondo. La prueba aceptable de la unión de hecho, en un estado que reconozca las uniones de hecho, es una declaración de matrimonio o una declaración notarial en un formulario facilitado a los Administradores, que acredite la fecha del matrimonio y la cumplimentación de una nueva tarjeta de inscripción.

Sección 1.18. Equipo médico duradero es el equipo reconocido como tal por la Parte B de Medicare y que cumple con todos los siguientes requisitos:

- A. Puede soportar un uso repetido; y
- B. Se utiliza principal y habitualmente para un fin médico y no para comodidad o conveniencia; y
- C. No suele ser útil para una persona en ausencia de enfermedad o lesión; y
- D. Es adecuado para uso doméstico; y
- E. Está certificado por escrito por un médico como médicamente necesario; y
- F. Está relacionado con el trastorno físico del paciente; y
- G. Es de uso temporal. Debe certificarse por escrito la duración prevista del uso terapéutico del equipo.
- H. Es para uso exclusivo del participante para quien el proveedor de atención médica ha certificado que es médicamente necesario.

Sección 1.19. Cargo elegible significa cargos o gastos por servicios o suministros médicos, pero solo en la medida en que los gastos cumplan con cada uno de los siguientes requisitos, según lo determine el Administrador del Plan o su designado: (i) los servicios son médicamente necesarios; (ii) los cargos por los servicios son cargos permitidos; (iii) no se excluye la cobertura de los servicios o suministros; (iv) no se ha alcanzado el beneficio máximo del Plan para dichos servicios o suministros; y (v) los gastos corresponden al diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad (excepto cuando los servicios de bienestar/prevención son pagaderos por el Plan).

Sección 1.20. Empleado elegible significa un Empleado que cumple con los requisitos de elegibilidad para participar en el Plan como se describe en el Artículo II.

Sección 1.21. Empleado significa cualquier individuo empleado por un Empleador, respecto del cual el Empleador debe realizar contribuciones al Fondo de conformidad con un Acuerdo de Negociación Colectiva o un Acuerdo de Participación.

Sección 1.22. Empleador significa cada Empleador que es signatario de un Acuerdo de Negociación Colectiva y cualquier sucesor que está obligado por un Acuerdo de Negociación Colectiva, y cada Empleador signatario de un Acuerdo de Participación, que contribuye o está obligado a contribuir al Fondo en nombre de sus Empleados y es parte o está obligado por el Acuerdo del Fondo Fiduciario.

Sección 1.23. ERISA significa la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 y los reglamentos correspondientes, en su versión modificada.

Sección 1.24. Experimental o Investigativo significa cualquier medicamento, dispositivo o tratamiento médico, procedimiento o terapia que cumpla alguno de los siguientes criterios en relación con la condición para la que se dispensa o presta: (1) no se ha demostrado de forma objetiva su beneficio para el paciente; (2) su uso está restringido a centros médicos dedicados principalmente a la realización de estudios científicos; (3) su eficacia médica es cuestionable; (4) en el caso de medicamentos, dispositivos, servicios y suministros regulados por la FDA y que no pueden comercializarse legalmente sin la aprobación de la FDA, esta no ha concedido su

aprobación en el momento en que se prescribe o suministra; o (5) las evidencias confiables demuestran que la opinión predominante entre los expertos es que pueden ser necesarios más estudios o ensayos clínicos para determinar la dosis máxima tolerada, la toxicidad, la seguridad o la eficacia.

Ejemplos de evidencia confiable incluyen informes y artículos publicados en literatura médica y científica autorizada, protocolos escritos y consentimientos informados por escrito, incluidos estudios, opiniones y referencias a o por la Asociación Médica Estadounidense, la Administración de Alimentos y Medicamentos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos, los Institutos Nacionales de Salud, el Consejo de Sociedades de Especialidades Médicas o cualquier otra asociación médica o programa o agencia federal que tenga la autoridad para aprobar pruebas y tratamientos médicos.

Sección 1.25. FMLA: significa Ley de Licencia Médica y Familiar de 1993.

Sección 1.26. Licencia FMLA: significa un permiso de ausencia, permiso intermitente o permiso con horario reducido, que no exceda doce (12) semanas laborales, determinado y certificado por un Empleador Contribuyente o Fondo Participante de conformidad con la FMLA y los reglamentos promulgados en virtud de la misma.

Sección 1.27. Fondo, Fideicomiso o Fondo Fiduciario se refiere a todo el patrimonio fiduciario del Southwest Health Benefits Fund establecido y mantenido según el Acuerdo de Fideicomiso, incluidos, entre otros, todos los fondos adeudados y recibidos en forma de contribuciones junto con todos los contratos (incluidos dividendos, intereses, reembolsos y otras sumas pagaderas a los Administradores a causa de dichos contratos), todas las inversiones realizadas y mantenidas por los Administradores; todos los ingresos, incrementos, ganancias y beneficios de los mismos; todas las pólizas de seguro y todos los demás bienes o fondos con el fin de mantener contribuciones, proporcionar beneficios autorizados a los Participantes y Dependientes y sufragar los gastos administrativos razonables del Plan.

Sección 1.28. Proveedor de atención médica: significa un profesional de la salud que: (i) tiene licencia para practicar sus respectivas habilidades profesionales en el estado o jurisdicción donde se prestan los servicios, y (ii) actúa dentro del alcance de esa licencia en el momento y lugar en que se prestan los servicios. El término proveedor de Atención Médica incluirá, entre otros, a los siguientes:

- A. Doctor en Medicina (M.D.) (también denominado "Médico")
- B. Doctor en Cirugía Dental (D.D.S.)
- C. Doctor en Odontología (D.D.M.)
- D. Doctor en Osteopatía (D.O.)
- E. Doctor en Medicina Podológica (D.P.M.)
- F. Doctor en Quiropráctica (D.C.)
- G. Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o logopeda
- H. Psicólogo
- I. Trabajador social clínico con licencia

Sección 1.29. HIPAA significa la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 y los reglamentos correspondientes, según versión enmendada.

Sección 1.30. Hospital significa una institución con licencia o que opera legalmente que se dedica principalmente a brindar atención y tratamiento médicos a personas enfermas y lesionadas en régimen de internación a expensas del paciente y que cumple plenamente con todos los requisitos siguientes:

- A. Se dedica principalmente a la prestación de servicios de diagnóstico, rehabilitación y terapéuticos para el diagnóstico quirúrgico y médico, el tratamiento y el cuidado de personas lesionadas, discapacitadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos debidamente autorizados para ejercer la medicina; y
- B. Mantiene los historiales médicos de todos los pacientes.
- C. Tiene estatutos en vigor con respecto a su personal y médicos; y
- D. Proporciona servicios diarios de enfermería las veinticuatro (24) horas del día, prestados o supervisados por enfermeras tituladas.

A menos que se estipule específicamente, el término Hospital no incluirá ninguna institución o parte de la misma que proporcione servicios o tratamiento principalmente como centro de descanso o custodia, centro de enfermería, centro de convalecencia, centro para ancianos, escuela o cualquier institución que no cobre por los servicios y/o suministros proporcionados que usted deba pagar.

Sección 1.31. Enfermedad o malestar significa una enfermedad, dolencia, trastorno o condición médica que requiere tratamiento por parte de un Médico. "Enfermedad" incluye el embarazo y el consiguiente parto y aborto espontáneo; sin embargo, excluye las reversiones de esterilizaciones masculinas y femeninas, voluntarias o no.

Sección 1.32. Lesión significa un trauma físico o daño sufrido accidentalmente en el cuerpo de un participante por medios externos, que requiere tratamiento por un médico.

Sección 1.33. Paciente significa una persona que recibe servicios o tratamiento para el cuidado de una lesión, dolencia o condición médica como paciente registrado en una cama en un hospital que incurre en cargos de alojamiento y comida en el hospital.

Sección 1.34. Mes de retraso es el mes calendario entre el mes de trabajo y el mes de beneficios correspondiente. Existe un periodo de retraso de un mes entre el último mes en el que trabaja en un empleo cubierto y el mes en el que se le concede la elegibilidad como consecuencia de su trabajo en un empleo cubierto (denominado "mes del subsidio"). Este tema se trata con más detalle en la sección "Continuación de la elegibilidad".

Sección 1.35. Medicamento necesario significa que el plan determina que los servicios o suministros, el tratamiento o el internamiento son generalmente reconocidos dentro de la profesión del proveedor de atención médica como efectivos y esenciales para el tratamiento de la lesión o enfermedad para la cual se ordena y que deben brindarse en el nivel apropiado de atención en el entorno más apropiado según el diagnóstico. Para ser considerada Medicamento Necesaria, la atención debe basarse en normas de práctica médica generalmente reconocidas y aceptadas en Estados Unidos, y debe ser el tipo de atención que no podría haberse omitido sin un efecto adverso en el estado del paciente o en la calidad de la atención médica. El hecho de que un servicio o suministro sea prescrito por un médico no significa necesariamente que sea médicamente necesario a efectos del plan.

Sección 1.36. Proveedor de la red significa un hospital, médico u otro proveedor de atención médica que participa en la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) del plan y ha acordado brindar servicios o suministros de atención médica a tarifas con descuento a los participantes.

Sección 1.37. Paciente ambulatorio significa una persona que recibe diagnóstico, servicios o tratamiento para la atención de una enfermedad, lesión u otra condición cubierta en un hospital, clínica o dispensario para diagnóstico y/o tratamiento y que no es un paciente hospitalizado.

Sección 1.38. Participante significa un empleado elegible, beneficiario elegible, Beneficiario Calificado o receptor alterno que cumple con todos los requisitos de cobertura según las reglas de elegibilidad del plan y de hecho está cubierto por el plan.

Sección 1.39. Acuerdo de participación significa un acuerdo escrito entre un empleador y los administradores, y cualquier extensión, renovación o enmienda del mismo, que obliga al Empleador a hacer contribuciones al Fondo para sus empleados participantes de la unidad no negociadora que están cubiertos por el acuerdo y especifica los términos por el cual participarán.

Sección 1.40. Médico significa un médico o cirujano dental o médico con licencia legal, quiropráctico, osteópata, podólogo, podiatra, optometrista o psicólogo consultor certificado, en la medida en que a dicha persona, bajo su licencia, se le permita realizar servicios cubiertos por el plan y esté actuando dentro del alcance de su licencia en el momento en que se realicen dichos servicios. En cualquier caso, el plan no discriminará a los Profesionales Médicos que actúen dentro del ámbito de su licencia o certificación conforme a la legislación estatal aplicable.

Sección 1.41. Plan significa este Plan de Beneficios de Salud de Southwest/SPD, con sus enmiendas ocasionales.

Sección 1.42. Organización de Proveedores Preferidos (PPO) es una red de hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica que, cuando se utiliza, proporciona un descuento en los cargos elegibles.

Sección 1.43. Medicamentos con receta significa un medicamento que se puede comprar únicamente con una receta escrita de un médico (excepto la insulina inyectable). El término no incluye ninguno de los siguientes: (i) dispositivos médicos aunque solo puedan adquirirse con receta escrita; (ii) agentes de inmunización; (iii) suero biológico; (iv) sangre o plasma sanguíneo; (v) oxígeno (o su administración); (vi) alérgenos; (vii) jeringuillas o agujas; y (viii) medicación para la infertilidad una vez diagnosticada la infertilidad.

Sección 1.44. Orden de Manutención Médica Infantil Calificada o QMCSO significa una orden judicial que crea o reconoce la existencia de los derechos de un receptor alternativo a recibir beneficios de este plan o que asigna a un receptor alternativo el derecho a recibirlos, siempre que la orden de manutención médica infantil especifique claramente:

- A. El nombre y la última dirección postal conocida del participante y el nombre y la dirección postal de cada receptor alternativo cubierto por la orden;
- B. Una descripción razonable del tipo de cobertura que proporcionará el plan a cada receptor alternativo o la forma en que se determinará dicho tipo de cobertura;
- C. El período al que se aplica dicha orden; y
- D. El nombre del plan al que se aplica dicha orden.

La orden de manutención médica infantil no debe exigir que el plan proporcione ningún tipo o forma de beneficio, ni ninguna opción, que no esté prevista en el plan, salvo en la medida necesaria para cumplir los requisitos legales relativos a la manutención médica infantil que reúnan los requisitos de Medicaid, tal y como se describe en el artículo 1908 de la Ley de Seguro Social, añadido por el artículo 13623 de la OBRA de 1993.

Sección 1.45. Gastos Razonables y Habituales como se aplica a los Cargos Elegibles bajo este plan significa gastos que son: (a) el gasto más constante de un Proveedor de Atención Médica individual para un procedimiento determinado, (b) la tarifa habitual y razonable para un

procedimiento de la mayoría de los Proveedores de Atención Médica con formación y experiencia similares dentro de la misma localidad, y (c) razonables cuando cumplan los criterios de (a) y (b) o cuando, a juicio del Director Administrativo, merezca una consideración especial en función de la complejidad del tratamiento. El término "localidad" se refiere a un condado o a una zona mayor que la necesaria para obtener una muestra representativa de los gastos razonables.

Sección 1.46. Gastos por alojamiento y comidas significa todos los cargos que habitualmente realiza un Hospital en su propio nombre a una tarifa diaria por alojamiento y comidas y todos los servicios generales, suministros y actividades esenciales para la atención de pacientes hospitalizados (pero no los honorarios por servicios profesionales), determinados únicamente por la clase de alojamientos ocupados.

Sección 1.47. Autopagos se refiere a las contribuciones al plan aportadas por usted o su cónyuge para garantizar la continuación de la cobertura según los términos del plan y/o de conformidad con la legislación aplicable.

Sección 1.48. Centro de cuidados subagudos (a veces denominado Hospital especializado o centro de cuidados agudos a largo plazo (LTAC)) significa un centro público o privado, ya sea independiente, con base en un Hospital o en un centro de enfermería especializada o como centro independiente, autorizado y gestionado conforme a la ley y autorizado para proporcionar cuidados subagudos (a veces denominados cuidados especializados o cuidados postagudos o cuidados agudos a largo plazo), que proporciona principalmente, inmediatamente después o en lugar de cuidados agudos, cuidados integrales en régimen de hospitalización a una persona que ha sufrido una enfermedad o lesión aguda, o la agravación de un proceso patológico, con el objetivo de dar de alta al paciente tras un periodo limitado de internamiento en su domicilio o en un centro de enfermería especializada adecuado y que cumple todos los requisitos siguientes:

- A. Está acreditado por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) como centro de cuidados subagudos o está reconocido por Medicare como centro de cuidados subagudos; y
- B. Mantiene en sus locales todas las instalaciones necesarias para la atención y el tratamiento médico; y
- C. Presta servicios bajo la supervisión de médicos; y
- D. Proporciona servicios de enfermería a cargo o bajo la supervisión de una enfermera titulada; y
- E. No es (salvo incidentalmente) un lugar para el descanso, la atención domiciliaria (no especializada/de custodia) o el cuidado de personas ancianas, alcohólicas, ciegas, sordas, drogadictas, deficientes mentales o tuberculosas; y
- F. No es un hotel ni un motel.

Sección 1.49. Administradores o Consejo de Administradores significa, colectivamente, las personas designadas de vez en cuando para servir, y que están sirviendo, en calidad de administrador del Fondo. Los Administradores son el "administrador" del Plan en el sentido de la Sección 3(16) (A) de ERISA, y el "administrador designado" en el sentido de la Sección 402(a) (2) de ERISA.

Sección 1.50. Sindicato incluye la Asociación de Aislantes contra el Calor y Frío y Empleados Afines Local 21 de Dallas y Fort Worth, Texas y Shreveport Luisiana, afiliado a la Asociación Internacional de Aislantes contra el Calor y Frío y Empleados Afines y la Asociación Internacional de Aislantes contra el Calor y Frío y Empleados Afines Local 112, Lake Charles, Luisiana y Orange, Texas.

Sección 1.51. USERRA significa la Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados de 1994, según enmendada.

ARTÍCULO II - NORMAS DE ELEGIBILIDAD

Sección 2.1. NORMAS DE ELEGIBILIDAD PARA LOS EMPLEADOS

- A. Regla general.** Pasará a tener derecho a la cobertura cuando cumpla los requisitos de afiliación iniciales, tal y como se describen a continuación.
- B. Elegibilidad inicial**
- 1. Normas de elegibilidad basadas en los trimestres de beneficios hasta el 31 de enero de 2017.** Para una descripción detallada de las Normas Trimestrales de Elegibilidad, consulte las disposiciones del plan en vigor antes del 31 de enero de 2017.
 - 2. Normas de elegibilidad basadas en la elegibilidad mensual en vigor para los meses de beneficios a partir del 1 de febrero de 2017.** Inicialmente, tendrá derecho a percibir beneficios una vez que haya trabajado al menos 420 horas en un empleo cubierto en cualquier periodo de uno, dos o tres meses consecutivos. Todas las horas que trabaje en un empleo cubierto después del 1 de octubre de 2016, hasta un máximo de 420 horas, se abonarán a un "Banco de Horas" mantenido en su nombre. Una vez que haya acumulado 420 horas en su Banco de Horas, se le descontarán 140 horas durante el primer mes de cobertura. En ningún caso se pagarán beneficios en virtud del plan por reclamos ocurridos antes de la fecha de inicio de la cobertura del plan.
- C. Elegibilidad continua de los empleados.** Una vez establecido el derecho inicial, la continuidad de su cobertura se determinará mensualmente. Debe trabajar 140 horas en un empleo cubierto durante un mes de trabajo para tener derecho al mes de beneficios correspondiente.
- 1. Continuación de la elegibilidad por un empleo cubierto.** Las horas trabajadas cada "mes de trabajo" determinan su derecho al "mes de beneficios", que es el segundo mes calendario siguiente al "mes de trabajo", como se indica a continuación. Existe un periodo de retraso temporal entre el último mes en el que trabaja y el mes en el que se le acredita ese trabajo.

Mes de trabajo	Periodo de retraso de un mes	Mes de beneficios
enero	febrero	marzo
febrero	marzo	abril
marzo	abril	mayo
abril	mayo	junio
mayo	junio	julio
junio	julio	agosto
julio	agosto	septiembre
agosto	septiembre	octubre
septiembre	octubre	noviembre
octubre	noviembre	diciembre

noviembre	diciembre	enero
diciembre	enero	febrero

2. **Continuación de la elegibilidad por incapacidad total.** Si después de ser elegible en virtud del plan no puede trabajar en un empleo cubierto debido a una incapacidad total, se le acreditarán 30 horas de empleo cubierto por cada semana completa de incapacidad total certificada hasta un máximo de 390 horas durante un periodo consecutivo de 12 meses. Los créditos por incapacidad se mantendrán en su cuenta del Banco de Horas, sujeto a tener el máximo de 420 horas en su Banco de Horas en cualquier momento, después de deducir las 140 horas para el mes actual de cobertura.

Para seguir teniendo derecho al beneficio durante la incapacidad total, debe: (i) notificar su incapacidad a la Oficina del Fondo; (ii) presentar al Consejo de Administradores pruebas satisfactorias de que está totalmente incapacitado; y (iii) permanecer bajo la atención de un médico. El Consejo de Administradores podrá exigir pruebas posteriores de la continuación de la incapacidad total y se reserva el derecho de someterle en cualquier momento a un examen médico realizado por un proveedor de atención médica de su elección, a cargo del plan, para determinar la existencia o continuación de dicha incapacidad total.

3. **Continuación de la elegibilidad mediante deducciones del Banco de Horas.** Si no trabaja las 140 horas requeridas en un empleo cubierto en un mes de trabajo, pero tiene suficientes horas en su Banco de Horas para satisfacer el déficit, el exceso de horas necesario para satisfacer el mínimo de 140 horas, sumado a las horas que haya trabajado durante el mes de trabajo, se retirará automáticamente de su Banco de Horas y se aplicará para continuar la cobertura durante el mes de beneficio correspondiente. Las horas acumuladas en su Banco de Horas seguirán utilizándose de esta manera y se retirarán en cada mes de trabajo en el que no trabaje 140 horas para continuar con la cobertura del mes de beneficios correspondiente, hasta que su Banco de Horas se haya agotado o perdido.

Podrá acumular hasta un máximo de 420 horas en su Banco de Horas. Las horas que excedan de las 420 acumuladas en su Banco de Horas, incluidas las acreditadas por incapacidad total, se perderán.

Las cuentas del Banco de Horas son meros asientos contables y ni usted ni sus dependientes tienen derecho a ningún activo concreto del Fondo ni ningún derecho adquirido o devengado sobre su Banco de Horas. Los Administradores pueden modificar, reducir o cancelar su cuenta del Banco de Horas en cualquier momento.

4. **Opción de autopago para continuación de la elegibilidad.** Una vez que sea elegible, si no trabaja las 140 horas requeridas para continuar con su elegibilidad, se le permitirá realizar autopagos para continuar con su cobertura. El monto del autopago es igual a la diferencia entre las horas restantes en su Banco de Horas al final del mes laboral y 140 horas, multiplicada por la tasa de contribución del empleador por hora vigente. Esta opción de autopago está limitada a un máximo de tres meses consecutivos. Las horas aplicadas al autopago no se pueden aplicar a su reinstalación. Para elegir esta opción de Autopago, debe: (a) presentar un aviso por escrito al Director Administrativo del plan indicando que desea realizar el Autopago y; (b) Autopago la cantidad de horas necesarias para

continuar con la elegibilidad para el plan antes del comienzo del mes de beneficios correspondiente.

- D. Elegibilidad de los empleados participantes no pertenecientes a la Unidad de Negociación.** Usted es un empleado participante no perteneciente a una unidad de negociación colectiva si no es miembro de una unidad de negociación colectiva representada por el Sindicato y es elegible para participar en el plan conforme a un Acuerdo de Participación (no un Acuerdo de Negociación Colectiva) entre su Empleador y los Administradores. Los requisitos de afiliación y elegibilidad aplicables a los Empleados Participantes que no pertenecen a la Unidad de Negociación se establecen en el Acuerdo de Participación.

Sección 2.2. NORMAS DE ELEGIBILIDAD PARA DEPENDIENTES

- A. Elegibilidad e inscripción.** Sus dependientes tienen derecho a la cobertura del Plan, siempre que presente a la Oficina del Fondo un formulario de inscripción completado y toda la documentación adicional requerida, como una licencia de matrimonio o un certificado de nacimiento, en un plazo de 60 días a partir de la última de las siguientes fechas: (i) la fecha en que entra en vigor su cobertura, (ii) la fecha en que adquiere por primera vez a su dependiente, o (iii) si procede, la fecha especificada en una Orden Judicial de Manutención Médica Infantil.

Si no inscribe a sus dependientes en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la que el dependiente sea elegible para la cobertura por primera vez, dicha persona tendrá derecho a la cobertura el primer día del mes siguiente a la fecha en la que la Oficina del Fondo reciba el formulario de inscripción cumplimentado y la documentación requerida.

Si su dependiente califica para la cobertura del plan en más de una calidad (por ejemplo, como Dependiente y Empleado, o como Dependiente de más de un Empleado), estará cubierto por el plan, pero solo en una calidad (que será en el nivel de cobertura más alto, si existe diferencia).

Ninguna persona podrá estar cubierta por este plan como empleado y como Dependiente, ni ningún hijo dependiente podrá estar cubierto como familiar a cargo de más de un empleado.

Si, durante la vigencia de su cobertura familiar, alguno de sus Hijos Dependientes es elegible para recibir cobertura como empleado, dicho hijo dejará de ser hijo dependiente y podrá inscribirse para recibir cobertura como empleado. La cobertura como hijo dependiente finalizará en la fecha en que entre en vigor la cobertura como empleado.

- B. Inscripción especial en virtud de la HIPAA.** Si no inscribe a un cónyuge o hijo(s) dependiente(s) en este plan cuando reúnen los requisitos por primera vez porque tienen otra cobertura médica de grupo mantenida por una compañía y la otra cobertura finaliza por pérdida de elegibilidad o porque la Compañía deja de contribuir a la otra o si la otra cobertura es la cobertura COBRA, porque la cobertura COBRA se ha agotado, puede inscribir a dicha(s) persona(s) dependientes para que reciba(n) cobertura de este plan a partir de la fecha en que finalice la otra cobertura, siempre que la Oficina del Fondo reciba un formulario de inscripción completo y toda la documentación requerida para la(s) Persona(s) Dependientes dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que finalice la otra cobertura. Si no inscribe a la(s) Persona(s) Dependientes durante el periodo de inscripción especial de 30 días, podrá inscribirla(s) en cualquier momento. No obstante, la cobertura de sus Dependientes entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que la Oficina del Fondo reciba el formulario de afiliación cumplimentado. Estos derechos especiales de inscripción se interpretarán y administrarán de acuerdo con los requisitos de la ley federal conocida como "HIPAA".

Si adquiere un Dependiente por motivo de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribir al Dependiente recién adquirido y/o a su cónyuge beneficiario, si lo hubiera, que aún no esté inscrito en el plan. Debe completar un formulario de inscripción y cualquier documentación requerida (incluidos, entre otros, una licencia de matrimonio, certificados de nacimiento e información médica) para dichos dependientes dentro de los 60 días posteriores a la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Al recibir los documentos de inscripción completos, la cobertura de su(s) Dependiente(s) entrará en vigor retroactivamente a la fecha de nacimiento, adopción, colocación para adopción o matrimonio. Si la Oficina del Fondo recibe un formulario de inscripción completo y cualquier documentación requerida más de 60 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, la cobertura del beneficiario entrará en vigor a partir de la fecha real de inscripción.

TENGA EN CUENTA: Sus Dependientes deben notificar a la Oficina del Fondo todos los cambios de domicilio y de situación familiar (por ejemplo, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo o que un hijo deje de ser elegible para ser considerado persona dependiente).

- C. Derechos de inscripción especial en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).** Si su dependiente (i) es elegible pero no está cubierto por este plan, (ii) tiene cobertura a través de Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños ("CHIP"), y (iii) pierde la elegibilidad para la cobertura a través de Medicaid o CHIP o pasa a ser elegible para un programa de asistencia para el pago de primas a través de Medicaid o CHIP, dispondrá de un período de inscripción especial de 60 días para inscribir a sus dependientes en este plan. Para ejercer este derecho, debe enviar una solicitud de inscripción por escrito con toda la documentación requerida a la Oficina del Fondo, en un plazo de 60 días a partir de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o de la determinación del derecho al programa de asistencia para el pago de primas. Si su solicitud de inscripción se recibe dentro de este plazo de 60 días, la inscripción será efectiva a más tardar el primer día del primer mes calendario siguiente a la recepción de su solicitud. Si no inscribe a su dependiente dentro de este plazo de 60 días, se aplicarán las normas generales de elegibilidad e inscripción.
- D. Cobertura ampliada para hijos con discapacidad total.** Si un hijo dependiente, al alcanzar la edad límite indicada en el apartado 1.17 está cubierto por el plan, depende principalmente de usted para su sustento y manutención y es incapaz de forma continuada de obtener un trabajo autosuficiente debido a una discapacidad física o mental, el hijo seguirá considerándose dependiente elegible hasta la primera de las siguientes fechas:
1. La fecha en que se recupere de la discapacidad; o
 2. La fecha en que él o ella deja de depender principalmente de usted para su sustento y mantenimiento.

Deberá acreditar la incapacidad del hijo dependiente ante el Fondo en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que alcance la edad límite.

Sección 2.3. FINALIZACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD DEL EMPLEADO

Su derecho a cobertura finalizará en la primera de las siguientes fechas que se produzca, sin perjuicio del derecho que le asiste en virtud del plan, si lo hubiere, a continuar la cobertura

conforme a COBRA:

- A. El último día del primer mes de beneficios para el que no disponga de suficientes horas restantes en su cuenta del Banco de Horas para satisfacer la totalidad del importe requerido;
- B. La fecha en que el plan o el Fondo se extinguen o modifican para excluir su cobertura o la fecha en que no quedan activos suficientes en el Fondo para pagar los beneficios del plan;
- C. La última fecha en la que la cobertura ha sido pagada íntegramente a su debido tiempo, si la cobertura se presta en régimen de pago por autopagos;
- D. La fecha de su fallecimiento.

Para volver a estar cubierto por el plan tras el cese, deberá volver a cumplir los requisitos iniciales de elegibilidad para los nuevos Empleados.

Sección 2.4. NO HAY ANULACIÓN RETROACTIVA DE LA COBERTURA

El plan no cancelará la cobertura con carácter retroactivo, excepto cuando los autopagos no se efectúen a tiempo o en caso de fraude o tergiversación intencionada de hechos materiales.

Sección 2.5. FINALIZACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

La elegibilidad de sus Dependientes terminará en la primera de las siguientes fechas que ocurra, sujeto al derecho, si lo hubiera, de continuar la cobertura bajo COBRA:

- A. La fecha en que cesa su elegibilidad si no es por defunción;
- B. El último día del mes en el que el Dependiente deja de ser elegible para ser considerado dependiente, tal y como se define en el presente documento;
- C. La fecha especificada en una orden de manutención médica infantil calificada;
- D. La fecha en que el plan o el Fondo se extinguen o modifican para excluir la cobertura del dependiente o la fecha en que no quedan activos suficientes en el Fondo para pagar los beneficios del plan;
- E. El último día del mes en que se agote el derecho al Banco de Horas de un empleado tras el fallecimiento de este; o
- F. La fecha del fallecimiento del Dependiente.

Sección 2.6. RESTABLECIMIENTO DE LA ELEGIBILIDAD

- A. Restablecimiento de la elegibilidad de los activos.** Si su cobertura finaliza porque no ha trabajado el mínimo de horas en el empleo cubierto y no tiene suficientes horas en su Banco de Horas para compensar su déficit, su cobertura puede ser restablecida si durante los tres meses siguientes a la finalización de su cobertura, las horas no utilizadas de su Banco de Horas combinadas con las horas trabajadas en el empleo Cubierto equivalen al menos a 140 horas. En tal caso, la cobertura se restablecerá el primer día del mes de beneficios en el que tenga al menos 140 horas en su Banco de Horas. Una vez transcurridos los tres meses siguientes a la finalización de la cobertura, perderá todas las horas de su Banco de Horas. A continuación, deberá cumplir las normas de elegibilidad iniciales para volver a estar cubierto por el plan.
- B. Dependientes.** En general, sus Dependientes se reincorporarán al mismo tiempo que usted, siempre que sigan siendo elegibles para ser considerados sus dependientes.

Sección 2.7. RECIPROCIDAD CON OTROS PLANES

Los Administradores han suscrito Acuerdos de Reciprocidad con los Administradores de algunos otros planes en un esfuerzo por abordar el problema de los empleados que trabajan en la Jurisdicción Geográfica de otros locales. En virtud de estos acuerdos, las contribuciones adeudadas en su nombre mientras trabajaba bajo la jurisdicción de otro local pueden transferirse del Fondo de ese local a este plan si lo solicita por escrito en un formulario adecuado. Para obtener información sobre otros fondos que tienen Acuerdos con este plan, póngase en contacto con el Director Administrativo.

Si reúne los requisitos de este plan y trabaja en otra jurisdicción que tenga un Acuerdo firmado con este plan, puede continuar su cobertura bajo este plan. Las personas que procedan de otras jurisdicciones para trabajar en el Área Geográfica de este plan y soliciten la reciprocidad no podrán acogerse a este plan, sino que continuarán su cobertura, si la tuvieran, en su plan de origen.

Los autopagos solo se abonarán una vez recibidos por el Director Administrativo. Hasta que se confirmen los pagos a este plan, es posible que se le solicite que efectúe los autopagos puntualmente para continuar la elegibilidad. Los autopagos que superen el importe necesario para continuar la elegibilidad durante un mes determinado le serán reembolsados cuando reciba posteriormente los pagos recíprocos.

ARTÍCULO III - DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE COBRA

Sección 3.1. SU DERECHO A CONTINUAR LA COBERTURA

Este plan ofrece hasta 36 meses de Cobertura Continua, que incluye la Cobertura COBRA y Reglas de Cobertura Extendida de Autopago para empleados. Las Secciones que siguen se aplicarán en general tanto a la Cobertura COBRA como a la Cobertura Extendida de Autopago, a menos que se indique lo contrario.

Su derecho a la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La Cobertura COBRA proporciona una cobertura continuada del plan cuando la cobertura finalizaría de otro modo debido a un acontecimiento vital conocido como "Evento Calificado". Las pruebas puntuables específicas se enumeran en la sección 3.3. Tras un Evento Calificado, la Cobertura COBRA se ofrece a cada persona que sea "Beneficiario Calificado". En virtud del Plan, los Beneficiarios Calificados que elijan la Cobertura COBRA deberán abonar el coste de la Cobertura Continuada, tal y como se describe en el apartado 3.10.

Sección 3.2. BENEFICIARIO CALIFICADO

En general, un Beneficiario Calificado puede ser:

- A. Usted y sus Dependientes Elegibles que estaban cubiertos por el plan el día anterior al Evento Calificado;
- B. Un hijo dependiente que nace o es dado en adopción durante un periodo de cobertura COBRA;
- C. Todo afiliado que esté cubierto por el plan en calidad de receptor alternativo en virtud de una orden de manutención médica calificada.

Si un Beneficiario Calificado con Cobertura COBRA adquiere un familiar que podría estar inscrito en el plan si el Beneficiario Calificado fuera un Empleado activo, el Beneficiario Calificado podrá añadir a dicho familiar a su Cobertura COBRA durante el resto del periodo de cobertura.

Además, si un Beneficiario Calificado que paga por autopago la Cobertura COBRA tiene un dependiente que (1) era elegible pero no se inscribió en el plan en el momento de la inscripción inicial del Beneficiario Calificado porque su Dependiente tenía otra cobertura de seguro o plan de salud colectivo; y (2) perdió la otra cobertura debido al agotamiento de la Cobertura COBRA, la pérdida de elegibilidad o la finalización de las contribuciones del empleador (pero no debido a la falta de pago oportuno de las primas requeridas o debido a la finalización de la cobertura por causa justificada), el Beneficiario Calificado puede agregar a ese Dependiente a su Cobertura COBRA, por el resto del período de cobertura, dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura del Dependiente, conforme a la Sección 2.B, Inscripción Especial, de este plan.

Sección 3.3. EVENTO CALIFICADO

Un Evento Calificado es cualquiera de los siguientes sucesos que provoca una pérdida de cobertura en virtud del plan.

- A. Como empleado, se convertirá en Beneficiario Calificado si pierde su cobertura bajo el plan como resultado de uno de los siguientes Eventos Calificados:
 - 1. No trabaja el número de horas requerido en un empleo cubierto para mantener la cobertura del plan; o
 - 2. Su empleo cubierto finaliza por cualquier motivo, incluida la jubilación, que no sea una falta grave por su parte;

- B. Su(s) Dependientes(s) se convertirá(n) en Beneficiario(s) Calificado(s) si pierde(n) la cobertura del plan como consecuencia de uno de los siguientes Eventos Calificados:
 - 1. Su fallecimiento;
 - 2. Usted no trabaja el número de horas requerido en un empleo cubierto para mantener la cobertura del plan;
 - 3. Su empleo cubierto finaliza por cualquier motivo, incluida la jubilación o su trabajo en el empleo cubierto, que no sea una falta grave por su parte;
 - 4. Usted y su cónyuge se divorcian; o
 - 5. En el caso de sus hijos dependientes, el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como Dependiente (por ejemplo, el hijo alcanza la edad máxima de dependencia según este Plan).

Sección 3.4. PERIODO DE ELECCIÓN DE LA COBERTURA COBRA

Usted o su Beneficiario Calificado deben elegir la Cobertura COBRA dentro del Período de Elección de 60 días para que su cobertura continúe.

El Período de Elección comienza en la fecha en que usted o su Beneficiario Calificado pierden la cobertura debido al Evento Calificado, y finaliza 60 días después de la fecha en que usted o su

Beneficiario Calificado pierden la cobertura debido al Evento Calificado, o si es posterior, la fecha en que se le notifica a usted o a su Beneficiario Calificado el derecho a elegir la Cobertura COBRA. Si no se elige la cobertura dentro del Periodo de Elección de 60 días, se perderán todos los derechos a elegir la Cobertura COBRA y, si procede, cualquier Cobertura Extendida de Autopago posterior.

Sección 3.5. NOTIFICACIÓN DE EVENTO CALIFICADO

El plan le ofrecerá la Cobertura COBRA a usted y a sus Beneficiario Calificado solo después de que se haya notificado oportunamente a la Oficina del Fondo que se ha producido un Evento Calificado. Usted o su Dependiente deben notificar por escrito a la Oficina del Fondo a más tardar 60 días después de los siguientes Supuestos habilitantes:

- A. Su divorcio;
- B. Su Hijo Dependiente deja de ser elegible para recibir cobertura del Plan como Dependiente.

El hecho de no proporcionar la notificación adecuada dentro de los plazos requeridos que se describen a continuación puede impedir que usted o sus Dependientes obtengan la Cobertura COBRA.

La Oficina del Fondo le notificará a usted y/o a sus Dependientes el derecho a la Cobertura COBRA dentro de los 30 días siguientes a la fecha de finalización de la cobertura cuando se produzca el Evento Calificado:

- A. La rescisión de su contrato de trabajo, por cualquier otro motivo que no sea una falta grave, incluida la reducción de horas de trabajo.
- B. Su fallecimiento.

La notificación efectuada a usted o a su cónyuge se considerará notificación a todos los Hijos Dependientes afectados que vivan con usted o con su cónyuge.

Todas las notificaciones deben hacerse por escrito. No se aceptan las notificaciones verbales, incluidas las telefónicas. Debe enviar su notificación por correo, fax o entregarla personalmente en la Oficina del Fondo que se indica a continuación, en la siguiente dirección:

Director Administrativo
Benefit Resources, Inc.
8441 Gulf Freeway, Suite 304
Houston, Texas 77017
Fax: (866) 316-4794

Si se envía por correo, la notificación debe llevar matasellos no posterior al último día del plazo de notificación exigido. En la notificación debe constar el nombre y la dirección del Empleado cubierto por el plan, el nombre y la dirección del Beneficiario Calificado, el Evento Calificado y la fecha en que se produjo. Si el Evento Calificado es un divorcio, su notificación debe incluir una copia certificada de la sentencia de divorcio.

La notificación puede ser efectuada por usted, por su Dependiente o por cualquier representante que actúe en su nombre o en el de su Dependiente. La notificación de una persona cumplirá el requisito de notificación para todas las personas afectadas por el mismo

Evento Calificado.

Una vez que la Oficina del Fondo reciba la notificación oportuna de que se ha producido un Evento Calificado, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada uno de los Beneficiarios Calificados. Cada Beneficiario Calificado tendrá un derecho independiente a elegir la Cobertura COBRA. Puede elegir la Cobertura COBRA en nombre de su cónyuge y de sus Dependientes Calificados.

Para cada Beneficiario Calificado que elija la Cobertura COBRA, la Cobertura COBRA comenzará en la fecha en que, de lo contrario, se habría perdido la cobertura del plan, después de que se haya agotado toda la elegibilidad acumulada basada en las horas trabajadas en el empleo cubierto.

Si usted, su cónyuge o los hijos a su cargo no eligen la Cobertura COBRA dentro del plazo de elección de 60 días descrito anteriormente, perderán el derecho a elegir la Cobertura COBRA.

Sección 3.6. PERIODO MÁXIMO DE COBERTURA CONTINUADA

La cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura. Los periodos de cobertura COBRA que se describen a continuación son periodos máximos de cobertura. La Cobertura COBRA puede finalizar antes del periodo máximo de cobertura por varios motivos, tal y como se describe en el apartado 3.9 de este Artículo, "Finalización anticipada de la Cobertura COBRA antes de que finalice el periodo máximo de Cobertura".

- A. Cobertura COBRA por cese de la relación laboral o reducción de la jornada laboral.** Cuando se pierde la cobertura del plan debido al cese de la relación laboral o a la reducción de las horas de trabajo del empleado, la Cobertura COBRA puede durar hasta un total de 18 meses.
- B. Cobertura COBRA si el empleado cubierto adquiere derecho a Medicare.** En virtud de una norma especial de COBRA, si se pierde la cobertura del plan debido a un cese de empleo o reducción de horas de trabajo y el empleado adquirió el derecho a los beneficios de Medicare dentro de los 18 meses anteriores a dicho Evento Calificado, la Cobertura COBRA para los dependientes calificados (que no sean el empleado) que pierdan la cobertura como consecuencia del Evento Calificado, podrá continuar durante el periodo más largo de (i) 36 meses a partir de la fecha en que el Empleado adquirió por primera vez el derecho a los beneficios de Medicare, o (ii) 18 meses a partir del Evento Calificado de cese de empleo o reducción de horas.

Por ejemplo, si un empleado cubierto adquiere el derecho a Medicare ocho (8) meses antes de la fecha en que finaliza su relación laboral, la Cobertura COBRA para sus Dependientes que pierdan la cobertura como consecuencia de su finalización puede durar hasta 36 meses después de la fecha de adquisición del derecho a Medicare. Esto equivale a 28 meses de Cobertura COBRA después del Evento Calificado (36 meses menos ocho (8) meses). Esta regla especial se aplica únicamente si el Empleado cubierto adquiere el derecho a Medicare dentro de los 18 meses ANTES del Evento Calificado del cese de empleo o de la reducción de horas.

- C. Cobertura COBRA por fallecimiento, divorcio, separación legal o pérdida de la condición de Dependiente.** Cuando se pierde la cobertura del plan por fallecimiento del empleado cubierto, divorcio o separación legal, o porque un hijo Dependiente pierde la condición de hijo Dependiente, la Cobertura COBRA puede continuar hasta un total de 36 meses.

D. Prórroga de la cobertura COBRA por incapacidad. Si usted o cualquiera de sus dependientes tienen derecho a la cobertura COBRA durante un periodo de 18 meses, dicho periodo puede ampliarse para un participante que se determine que tiene derecho a los beneficios del Seguro Social por incapacidad y para cualquier otro familiar cubierto, hasta 11 meses adicionales (hasta un total de 29 meses), siempre que se cumplan todas las condiciones siguientes:

1. la discapacidad se ha producido al inicio de la Cobertura COBRA o antes, o en los primeros 60 días de la Cobertura COBRA;
2. la Administración del Seguro Social determina que la persona discapacitada cubierta tiene derecho a percibir beneficios del Seguro Social por incapacidad laboral; y
3. se notifica por escrito a la Oficina del Fondo la fecha de incapacidad y los nombres de los Beneficiarios Calificados para los que se solicita una prórroga por incapacidad y se le proporciona una copia de la determinación de incapacidad en un plazo de 60 días tras la emisión de la determinación de incapacidad y antes de que finalice el periodo de Cobertura COBRA de 18 meses.

Este periodo ampliado de Cobertura COBRA por incapacidad finalizará en la fecha más temprana de:

1. el último día del mes en el que se cumplan 30 días desde que la Administración del Seguro Social haya determinado que la persona anteriormente incapacitada ha dejado de estarlo; o bien
2. el plazo de 29 meses a partir de la fecha del Evento Calificado de COBRA.

Si la Administración del Seguro Social emite una resolución antes de que finalice la prórroga de 11 meses por la que se determina que usted o el Beneficiario Calificado ya no están incapacitados, los dependientes calificados que reciban la cobertura prorrogada deben proporcionar a la Oficina del Fondo una notificación por escrito de la finalización de la incapacidad, la fecha en que se produjo, los nombres de los dependientes calificados afectados y una copia de la resolución, en un plazo de 30 días tras su emisión.

La notificación dada por cualquiera de los Beneficiarios Calificados o por cualquier otra persona en su nombre satisfará la obligación de notificación de todas dichas personas. Un formulario que se puede utilizar para notificar una determinación de incapacidad o terminación de la incapacidad está disponible en la Oficina del Fondo previa solicitud. La notificación se puede enviar por correo o entregando personalmente un formulario completo y firmado en la Oficina del Fondo a más tardar en la fecha de vencimiento. Alternativamente, se puede proporcionar una notificación por escrito de la información requerida en cualquier otra forma legible, siempre que se envíe por correo o se entregue personalmente en la Oficina del Fondo a más tardar en la fecha de vencimiento. La notificación se considerará entregada en la fecha del matasellos si se envía por correo, o en la fecha de recepción en la Oficina del Fondo, si se entrega personalmente. La notificación dada de cualquier otra manera no será una notificación efectiva al plan.

Sección 3.7. AUTOPAGO EXTENDIDO

Si, durante el período de 18 meses de Cobertura COBRA, se produce otro Evento Calificado por motivo de su fallecimiento, divorcio, si adquiere el derecho a medicare o si un hijo dependiente deja de ser elegible para ser considerado hijo Dependiente en virtud del plan, sus Dependientes que sean Beneficiarios Calificados podrán optar por el Autopago de hasta 18 meses adicionales de Cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses a partir de la fecha de finalización inicial de la cobertura.

Este periodo ampliado de cobertura COBRA no está disponible para quien haya pasado a ser su cónyuge tras el cese de la relación laboral o la reducción de jornada. Sin embargo, este periodo ampliado de Cobertura COBRA está disponible para cualquier hijo nacido, adoptado o dado en adopción con usted (el Empleado activo) durante el periodo de 18 meses de Cobertura COBRA.

Debe notificar por escrito el segundo Evento Calificado a la Oficina del Fondo en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se produzca. Esta prórroga solo está disponible si el suceso hubiera provocado que sus dependientes perdieran la cobertura del plan de no haberse producido el primer Evento Calificado. La Oficina del Fondo dispone de un formulario que puede utilizarse para notificar un segundo Evento Calificado. La notificación puede efectuarse enviando por correo o entregando personalmente un formulario cumplimentado y firmado a la Oficina del Fondo a más tardar en la fecha de vencimiento. Alternativamente, la notificación por escrito de la información requerida puede proporcionarse en cualquier otra forma legible, siempre que se envíe por correo o se entregue personalmente en la Oficina del Fondo a más tardar en la fecha de vencimiento. La notificación se considerará efectuada en la fecha del matasellos si se envía por correo o en la fecha de recepción en la Oficina del Fondo si se entrega personalmente. Cualquier otra forma de notificación no será efectiva para el plan.

Sección 3.8. NORMAS DE LA COBERTURA EXTENDIDA DE AUTOPAGO PARA EMPLEADOS

Una vez transcurridos los 18 meses iniciales de Cobertura COBRA por Eventos Calificados de la Sección 3.3 (A), usted y sus Dependientes tendrán derecho automáticamente a 18 meses adicionales de cobertura continuada en régimen de pago por Autopago.

Esta Cobertura Extendida de pago por Autopago incluirá los mismos beneficios que usted y sus Dependientes tenían bajo las disposiciones de la Cobertura COBRA.

Sección 3.9. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA COBRA

Finalización anticipada de la cobertura COBRA antes de que finalice el periodo máximo de cobertura. La cobertura COBRA se extinguirá automáticamente antes de que finalice el periodo máximo de 18, 29 o 36 meses, cuando se produzca la primera de las siguientes circunstancias:

- A. el primer día del período en el que no se abone a tiempo la totalidad de un Autopago obligatorio (si el impago se refiere al primer Autopago, la Cobertura COBRA no entrará en vigor); o bien
- B. la fecha, después de elegir la Cobertura COBRA, en la que un Beneficiario Calificado adquiere por primera vez el derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas), o adquiere por primera vez la cobertura de otro plan de salud colectivo; o bien
- C. la fecha en que finaliza el plan, y la organización del empleador y el empleado dejan de proporcionar cualquier plan de salud grupal para los empleados, según lo permitido por COBRA; y

- D. durante un período de prórroga por incapacidad de 11 meses, la Administración del Seguro Social determina que el Beneficiario Calificado incapacitado ya no está totalmente incapacitado, tal y como se describe en el apartado titulado "Prórroga por incapacidad de la Cobertura COBRA" (en este caso, finalizará la Cobertura COBRA para todos los dependientes calificados, no solo para el Beneficiario Calificado incapacitado).

NOTA: La Cobertura COBRA también puede darse por terminada por cualquier razón por la que el plan daría por terminada la cobertura de un participante o beneficiario que no recibiera Cobertura COBRA.

Debe notificarlo por escrito a la Oficina del Fondo en un plazo de 30 días después de que un Beneficiario Calificado adquiera por primera vez el derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas) o adquiera por primera vez la cobertura de otro plan de salud colectivo, tras haber optado por la Cobertura COBRA. El Plan proporcionará una notificación de terminación por escrito a cada Beneficiario Calificado cuya Cobertura COBRA termine antes del final del período máximo de cobertura.

Sección 3.10. COSTES Y PAGO DE LA COBERTURA COBRA

- A. Coste de la Cobertura COBRA.** La cantidad que un Beneficiario Calificado puede tener que pagar no puede exceder el 102% (o, en el caso de una extensión de Cobertura COBRA debido a una incapacidad, el 150%) del costo para el plan por la cobertura de un participante del plan o beneficiario en situación similar que no esté recibiendo Cobertura COBRA. Los Administradores determinarán el importe del autopago de la Cobertura COBRA exigido. El importe puede cambiar de vez en cuando durante el periodo de Cobertura COBRA y lo más probable es que aumente con el tiempo. Se le notificará cualquier cambio en el importe de Autopago requerido. Si no se abona la totalidad de un Autopago COBRA dentro del periodo de gracia, finalizará la elegibilidad para la Cobertura COBRA y no se podrá restablecer.
- B. Para los tres primeros meses de COBRA, el coste se basará en la Fórmula.** Si pierde la elegibilidad y opta por continuar la cobertura en virtud de COBRA, el importe que debe contribuir durante los tres primeros meses de Cobertura COBRA se basa en la siguiente fórmula:

Coste de continuar con Cobertura COBRA para cada uno de los tres primeros meses	Es igual a	Tarifa mensual de la prima COBRA aplicable	Menos	Cotizaciones por las horas trabajadas en el mes de elegibilidad inmediatamente anterior divididas por tres meses
---	------------	--	-------	--

A partir de ese momento, el empleado deberá abonar la totalidad de la prima mensual de COBRA para continuar con la cobertura.

- C. Pago de la cobertura COBRA.** Su primer Autopago debe cubrir el coste de la Cobertura COBRA desde la fecha en que, de lo contrario, habría finalizado su cobertura del plan hasta el final del mes anterior al mes en que efectúe su primer pago. Por ejemplo, si su cobertura en virtud del plan finaliza el 30 de septiembre y usted elige la Cobertura COBRA el 15 de noviembre, su Autopago inicial vence el 30 de diciembre o antes (el cuadragésimo quinto día después de la fecha de su elección de la Cobertura COBRA). Si efectúa su primer Autopago en diciembre, debe ser igual al importe adeudado de

octubre y noviembre. Usted es responsable de asegurarse de que el importe de su primer autopago es correcto.

Puede ponerse en contacto con la Oficina del Fondo para confirmar el importe correcto de su primer Autopago.

Los reclamos no se tramitarán ni abonarán hasta que haya elegido la Cobertura COBRA y efectuado el primer Autopago. **Si no efectúa íntegramente el primer Autopago de la Cobertura COBRA en un plazo de 45 días a partir de la fecha de su elección, perderá todos los derechos que le confiere el plan en virtud de COBRA.**

- 1. Cómo deben efectuarse los Autopagos.** Todos los Autopagos de la Cobertura COBRA deben abonarse mediante cheque. Su primer pago y todos los pagos mensuales deben enviarse por correo o entregarse personalmente a la Oficina del Fondo en la dirección especificada en la notificación de elección que se le proporcionó en el momento de su Evento Calificado o a cualquier nueva dirección que el plan le notifique posteriormente.
- 2. Cuando se considera que se efectúan Autopagos.** Si se envía por correo, se considerará que el Autopago se ha efectuado en la fecha del matasellos. Si se entrega personalmente, se considerará que su Autopago se ha efectuado en la fecha en que se reciba en la Oficina del Fondo. No se considerará que ha efectuado ningún pago enviando o entregando personalmente un cheque si este es devuelto por insuficiencia de fondos o por cualquier otro motivo.
- 3. Primer Autopago de la Cobertura COBRA.** Debe efectuar su primer Autopago de la Cobertura COBRA a más tardar 45 días después de la fecha de su elección (es la fecha en que su formulario de elección lleva matasellos, si se envía por correo o se recibe en la Oficina del Fondo, si se entrega personalmente).
- 4. Pagos mensuales de la Cobertura COBRA.** Está obligado a efectuar autopagos mensuales por cada mes subsiguiente de cobertura COBRA. El importe adeudado para cada mes por cada Beneficiario Calificado se establecerá en la Notificación de Elección que se le entregará en el momento de su Evento Calificado. Cada uno de estos autopagos mensuales vence el primer día del mes para la cobertura de ese mes. Si efectúa un Autopago mensual el primer día del mes al que corresponda o antes, su cobertura del Plan continuará durante ese mes sin interrupción. ***El Plan no le enviará facturas ni avisos de los autopagos adeudados por los periodos de cobertura. Es su responsabilidad abonar puntualmente los autopagos de COBRA.***
- 5. Períodos de gracia para los autopagos mensuales de la cobertura COBRA.** Aunque los autopagos mensuales vencen el primer día de cada mes de cobertura, se le concederá un periodo de gracia de 30 días después del primer día de cada mes para efectuar el autopago mensual. Su cobertura COBRA se proporcionará para cada mes siempre que el pago correspondiente a ese mes se realice antes de que finalice el periodo de gracia. No obstante, si efectúa un autopago después del primer día del mes al que corresponde, pero antes de que finalice el periodo de gracia, la cobertura del Plan se suspenderá a partir del primer día del mes y, a continuación, se restablecerá con carácter retroactivo (remontándose al primer día del mes) cuando se recibe el pago mensual. Esto significa que cualquier solicitud de beneficios que presente mientras su cobertura está suspendida puede ser denegada y tendrá que volver a

presentarse una vez que se restablezca su cobertura.

Si no efectúa el Autopago mensual en su totalidad antes de que finalice el periodo de gracia del mes, perderá todos los derechos a la Cobertura COBRA del Plan.

Sección 3.11. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

- A. Notificación requerida del plan.** Cuando el Evento Calificado sea el cese de la relación laboral, la reducción de las horas de trabajo o el fallecimiento del Empleado cubierto, el Plan ofrecerá Cobertura COBRA a los Dependientes Calificados. No tiene que notificar el Plan de ninguno de estos Eventos Calificados.
- B. Notificación requerida de los Empleados y Dependientes.** Cuando el Evento Calificado sea el divorcio o la separación legal del Empleado y del cónyuge Dependiente, o que un hijo Dependiente pierda el derecho a la cobertura como hijo Dependiente, solo podrá elegir la Cobertura COBRA si lo notifica por escrito a la Oficina del Fondo en un plazo de 60 días a partir de la última de las siguientes fechas: (I) la fecha del Evento Calificado, o (ii) la fecha en que el Beneficiario Calificado pierda (o perdería) la cobertura según los términos del Plan como consecuencia del Evento Calificado.

La notificación debe incluir su nombre, el nombre del Beneficiario Calificado, el tipo de Evento Calificado, la fecha en que se produjo y, si procede, una copia de la sentencia de divorcio o una prueba escrita de la separación legal. Si no envía esta notificación requerida a la Oficina del Fondo durante el periodo de notificación de 60 días, **PERDERÁ SU DERECHO A ELEGIR LA COBERTURA COBRA.**

Si proporciona la notificación requerida del Evento Calificado a la Oficina del Fondo de manera oportuna, la Oficina del Fondo le notificará a usted y a todos los Beneficiarios Calificados, dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la notificación requerida, su derecho a elegir la Cobertura COBRA. Toda notificación que se le haga a usted o a su cónyuge Dependiente se considerará hecha a todos los hijos dependientes afectados que vivan con usted o con su cónyuge Dependiente.

El Empleado o antiguo Empleado que esté o haya estado cubierto por el Plan, un Beneficiario Calificado que haya perdido la cobertura debido al Evento Calificado descrito en la notificación, o un representante que actúe en nombre de cualquiera de ellos, puede presentar la notificación requerida. Una notificación proporcionada por cualquiera de estas personas satisfará la responsabilidad de proporcionar la notificación en nombre de todos los Beneficiarios Calificados que perdieron la cobertura debido al Evento Calificado descrito en la notificación.

- C. Responsabilidad financiera por incumplimiento de la notificación requerida.** Si la Oficina del Fondo no recibe a tiempo la notificación requerida del Evento Calificado y el Fondo paga un reclamo por error después de que la cobertura debería haber finalizado debido al Evento Calificado, usted estará obligado a reembolsar al Fondo el reclamo pagado por error. Si no lo hace, el Fondo podrá deducir el importe adeudado de otros beneficios que le correspondan a usted o a su dependiente.
- D. Notificación de no disponibilidad de la cobertura COBRA.** Si notifica a la Oficina del Fondo un Evento Calificado, pero no tiene derecho a la cobertura COBRA, la Oficina del Fondo le enviará una notificación por escrito indicando el motivo por el que no tiene derecho a la cobertura COBRA. Esto se proporcionará en el mismo plazo en que la Oficina del Fondo debe proporcionar un aviso de elección.

- E. **Notificación de finalización de la cobertura COBRA.** Si la Cobertura COBRA finaliza antes de que finalice el periodo máximo de cobertura, la Oficina del Fondo le enviará una notificación por escrito tan pronto como sea posible tras la determinación de la Oficina del Fondo de que la Cobertura COBRA finalizará. En la Notificación se indicarán los motivos por los que la Cobertura COBRA finalizará anticipadamente, la fecha de finalización y sus derechos, en su caso, a una cobertura individual o colectiva alternativa.

Sección 3.12. MANTENER INFORMADO AL FONDO DE LOS CAMBIOS DE DIRECCIÓN

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informada a la Oficina del Fondo de cualquier cambio de domicilio suyo y de los miembros de su familia. También debe conservar una copia, para su archivo, de cualquier notificación que envíe a la Oficina del Fondo.

Sección 3.13. PREGUNTAS

Las preguntas relativas a este Plan, a sus derechos de Cobertura COBRA o a las normas de Autopago Extendido deben dirigirse a la Oficina del Fondo. Si desea más información sobre sus derechos en virtud de ERISA, incluidas COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y otras leyes que afectan a los planes de salud colectivos, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento del Trabajo de EE. UU. más cercana a su zona, o visite el sitio web de EBSA en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA).

ARTÍCULO IV – LEY DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR (FMLA)

Si está cubierto por el plan y reúne los requisitos para disfrutar de una Licencia Médica y Familiar (Licencia FMLA) de acuerdo con la Ley de Licencia Médica y Familiar de 1993 ("FMLA"), tiene derecho a continuar con la cobertura médica del Fondo durante el periodo de Licencia FMLA en la medida exigida por la FMLA.

De conformidad con la FMLA, *su Compañía* debe: (1) certificar al Fondo que el Empleador está sujeto a los requisitos de la FMLA y que usted es elegible para la Licencia FMLA; (2) notificar oportunamente al Fondo el tipo y la duración de la Licencia FMLA que ha solicitado; y (3) proporcionar oportunamente al Fondo la información necesaria para respaldar su elegibilidad para la Licencia FMLA. Además, *debe* notificar oportunamente al Fondo el tipo y la duración de la Licencia FMLA solicitada, y debe proporcionar oportunamente la información necesaria para respaldar su elegibilidad para la Licencia FMLA.

Durante su Licencia FMLA, el Fondo renunciará a la obligación de su Empleador de cotizar en su nombre durante el período de Licencia FMLA. El Fondo asumirá la obligación financiera de la cobertura y supervisará los costes asociados a la misma. Los Administradores, a su entera discreción, determinarán si esta cobertura continuará sin el pago de cotizaciones.

Si regresa al Empleo Cubierto inmediatamente después de la finalización de la Licencia FMLA, continuará siendo elegible como si su trabajo en el Empleo Cubierto hubiera continuado sin interrupción.

Durante la Licencia FMLA, tendrá derecho a continuar recibiendo los mismos beneficios que recibía inmediatamente antes de la Licencia FMLA para usted y sus Dependientes elegibles, sujeto a cualquier cambio en el Plan que pueda ocurrir durante la Licencia FMLA.

ARTÍCULO V - LICENCIA POR SERVICIO MILITAR CALIFICADO (USERRA)

Si se toma una licencia por Servicio Militar Calificado protegida por la ley federal conocida como "USERRA" (Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994), cualquier servicio que haya ganado y cualquier cotización acreditada a su beneficio por derecho inicial o continuado se mantendrán en los registros del Fondo y estarán protegidos durante dicha ausencia. "Servicio militar calificado" puede incluir servicios tales como la formación en servicio activo o inactivo o el servicio activo en las Fuerzas Armadas o la Guardia Nacional de los Estados Unidos. Por ejemplo, si se toma una licencia por Servicio Militar Calificado, recibe el alta con honores y se reincorpora al Empleo Cubierto en un plazo determinado, su servicio acreditado anterior a la licencia y la cobertura del Plan (si estaba cubierto cuando comenzó la licencia) se restablecerán a su regreso sin periodo de gracia ni exclusiones.

Si usted y sus dependientes tienen cobertura cuando comience su licencia por Servicio Militar Calificado, podrá continuar con dicha cobertura durante un máximo de 24 meses mientras esté prestando Servicio Militar Calificado. Si su licencia no supera los 30 días, esta cobertura continuada se proporcionará en las mismas condiciones que estaban en vigor antes de que comenzara la licencia, lo que significa que no se le cobrará nada (a menos que se le exigiera el Autopago antes de que comenzara la licencia). Si su licencia es superior a 30 días, el derecho a continuar con la cobertura se proporcionará del mismo modo que la cobertura COBRA. Esto significa que debe elegir a tiempo la continuación de la cobertura y efectuar los autopagos requeridos dentro de los plazos de COBRA. La cobertura continuada que se le proporciona para satisfacer sus derechos en virtud de USERRA también se aplicará para satisfacer sus derechos en virtud de COBRA (es decir, se ejecutarán al mismo tiempo). Consulte el artículo III, sección 3.1 "Derechos de cobertura continuada en virtud de COBRA" para obtener una explicación completa de COBRA.

La cobertura médica bajo este Plan se coordinará con cualquier cobertura médica proporcionada al personal militar y sus Dependientes bajo TRICARE de manera que cumpla con la ley.

Cuando se le dé de licencia (honorablemente o con un estatus protegido), debe volver al Empleo Cubierto de acuerdo con los siguientes periodos de tiempo para estar protegido bajo USERRA y tener los derechos descritos en esta Sección:

- A. En un plazo de 90 días a partir de la fecha de baja por servicio militar de más de 180 días;
- B. En un plazo de 14 días a partir de la fecha de baja por servicio militar de más de 30 días pero menos de 180 días; y
- C. Al comienzo del primer período de trabajo regular completo que comience tras la finalización del servicio militar (más el tiempo de viaje y ocho horas adicionales) si el servicio militar es de 30 días o menos.

Si su Servicio Militar Calificado consistió únicamente en un examen físico o médico para verificar su aptitud, debe reincorporarse al Empleo Cubierto antes del comienzo del siguiente período de trabajo regular.

Si está hospitalizado o recuperándose de una enfermedad o lesión sufrida durante el Servicio Militar Calificado, estos plazos se ampliarán para una recuperación de hasta dos años.

Si tiene preguntas sobre la licencia militar, hable directamente con su Compañía. Si tiene alguna pregunta sobre cómo afectará una licencia a su cobertura del Plan, póngase en contacto con la Oficina del Fondo. Sus derechos USERRA están sujetos a cambios a medida que cambie la ley, y la cobertura del Plan se proporcionará únicamente según lo exija la ley. Si deja su empleo para

realizar el servicio militar, debe notificarlo a su Compañía y a la Oficina del Fondo lo antes posible para garantizar la protección de sus derechos conforme a la ley USERRA.

ARTÍCULO VI - BENEFICIOS MÉDICOS GLOBALES - GASTOS CUBIERTOS

Sección 6.1. QUÉ PAGA EL PLAN

El Plan le ayuda a usted y a sus dependientes a pagar los Gastos cubiertos incurridos por atención médica, servicios y suministros, tal y como se describen en este artículo. Estos beneficios están autoasegurados por el Fondo. Se incurre en un gasto en la fecha en que se presta el servicio o suministro por el que se imputa.

Sección 6.2. DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO

El "Deducible por Año Calendario" es el monto de los Gastos Cubiertos, según se indica en el Cuadro de Beneficios, que usted y cada uno de sus dependientes elegibles deben afrontar y pagar de su bolsillo durante un Año Calendario, antes de que los Gastos Cubiertos en los que incurran durante el resto del Año Calendario sean pagaderos en virtud del Plan. Se aplicará un Deducible por Año Calendario separado a usted y a cada uno de sus dependientes.

Sección 6.3. PORCENTAJE DE COPAGO, PROVEEDORES DE LA RED Y LÍMITE DE GASTOS DE BOLSILLO

- A. Copago:** "Copago" en este Plan significa un reparto de los Cargos Permitidos por los Servicios Cubiertos entre el Plan y usted. El reparto se expresa en el Cuadro de Beneficios como el porcentaje de un Cargo Permitido que es pagadero por el Plan, una vez satisfecha cualquier cantidad deducible. Existen diferentes porcentajes de copago para las distintas categorías de gastos. Si el porcentaje es inferior al 100%, el porcentaje restante del gasto elegible correrá a su cargo. Por ejemplo, si el copago aplicable es del 85%, los beneficios pagaderos por el Plan se basarán en el 85% del Cargo Permitido (una vez satisfecho cualquier deducible aplicable). El 15% restante de la tarifa permitida (y cualquier deducible) corre a su cargo. Los beneficios pagaderos en virtud del Plan también estarán sujetos a otras exclusiones o limitaciones aplicables, tal y como se describen en este SDP/Plan.
- B. Proveedores de la red:** Los Administradores pueden contratar de vez en cuando con una Organización de Proveedores Preferidos ("PPO"), para ofrecerle a usted y a sus Dependientes tarifas de descuento si usted utiliza un Hospital, Médico u otro proveedor médico participante, descrito como un "Proveedor de la Red." Cualquier otro proveedor se describe como "proveedor fuera de la red". El porcentaje de copago a cargo del Plan es más elevado si acude a un Proveedor de la Red. Se le proporcionará automáticamente una lista de los proveedores que participan en la Red, sin cargo alguno, por separado de este SPD/Plan. También puede localizar a un proveedor de la red poniéndose en contacto con el director administrativo llamando al (713) 643-9300.
- C. Límite de gastos de bolsillo:** el Plan tiene un "Límite de gastos de bolsillo", tal y como se establece en el Cuadro de beneficios, que afecta al porcentaje de copago que se abona. El "Límite de Gastos de Bolsillo" es la cantidad máxima de Gastos Cubiertos de su bolsillo que usted es responsable de pagar durante un Año Calendario (además del Deducible del Año Calendario), antes de que el porcentaje de copago para ese Participante aumente al 100% durante el resto del Año Calendario.

Por ejemplo, si usted satisface su Deducible por Año Calendario y el Límite de Gastos de su Bolsillo por un Año Calendario, cualquier Cargo Permitido en el que incurra por el

resto de ese Año Calendario estará sujeto a un porcentaje de copago del 100% pagadero por el Plan.

También existe un Límite de Gastos de Bolsillo por familia para un Año Calendario, según se establece en el Cuadro de Beneficios. Una vez que usted y sus dependientes cubiertas satisfagan colectivamente el Límite de gastos de bolsillo familiar para un Año calendario, cualquier Cargo permitido en el que incurra usted o un Dependiente cubierto durante el resto del Año calendario estará sujeto a un porcentaje de copago del 100% a cargo del Plan, siempre que esa persona haya satisfecho el Deducible por Año calendario.

Los gastos que no estén cubiertos por el Plan o que superen el Cargo Permitido no se acreditarán para el cumplimiento del Límite de Gastos de Bolsillo. Los tipos de gastos que pueden utilizarse para satisfacer el Deducible por Año Calendario son los mismos tipos de gastos que pueden utilizarse para satisfacer el Límite de Gastos de Bolsillo.

Sección 6.4. PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN

El Plan ha adoptado un Programa de Gestión de la Utilización diseñado para ayudar a controlar los crecientes costes de la Atención Médica evitando: (I) servicios innecesarios; y (ii) servicios de alto coste cuando existe una opción menos costosa que puede lograr el mismo o mejor resultado. Si sigue los procedimientos del Programa de Gestión de la Utilización del Plan, podrá evitar las sanciones por incumplimiento que resulten en una reducción de los beneficios.

El Programa de Gestión de la Utilización del Plan está administrado por una Compañía de Gestión UM independiente que opera en virtud de un contrato con el Plan (en adelante, la "Compañía UM"). El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Compañía UM figuran en el cuadro de referencia rápida al principio de este documento.

El Programa de Gestión de la Utilización del Plan consiste en:

A. Revisión de la precertificación

La revisión de precertificación es un procedimiento administrado por la Compañía UM antes de que se presten los servicios para garantizar que los servicios de Atención Médica propuestos cumplen o superan las normas de asistencia aceptadas, y que los ingresos y la duración de las estancias en centros de Atención Médica son médicamente necesarios. Los siguientes servicios deben ser precertificados (preaprobados) por la Compañía UM ANTES de que se presten los servicios:

1. Todos los ingresos hospitalarios, incluidas las hospitalizaciones parciales para tratamiento de salud mental (Nota: en el caso de las mujeres embarazadas, solo se requiere precertificación para las estancias hospitalarias que duren o se prevea que duren más de 48 horas en caso de parto vaginal y de 96 horas en caso de cesárea);
2. Todas las admisiones en un centro de enfermería especializada, centro de cuidados subagudos, hospicio u otro centro.
3. Todos los servicios de Atención Médica a domicilio.

Usted o su Proveedor Médico deben llamar a la Compañía UM al número de teléfono que aparece en la Tabla de Referencia Rápida al principio de este documento para solicitar la Revisión de Precertificación. Las solicitudes de servicios optativos deben realizarse antes de la fecha prevista de prestación del servicio.

La Compañía UM revisará la información proporcionada y le comunicará a usted, a su Proveedor de Atención Médica, al Hospital y a la Oficina del Fondo si los servicios propuestos han sido certificados como Médicamente Necesarios.

B. Revisión de la certificación de admisión

La Revisión de la Certificación de Admisión es un procedimiento administrado por la Compañía UM para garantizar que las admisiones en el Hospital de Emergencias cumplen o superan los estándares de atención aceptados y que las admisiones y la duración de las estancias son Médicamente Necesarias. Si necesita una hospitalización de emergencia y no tiene tiempo de ponerse en contacto con la Compañía UM antes de ser ingresado, deberá notificar el ingreso hospitalario a la Compañía UM en las 48 horas siguientes al ingreso.

Usted, su proveedor de Atención Médica, el hospital, un familiar o un amigo pueden notificarlo a la Compañía UM. Esto permitirá a la Compañía UM (i) ayudar con los planes de alta; (ii) determinar la necesidad de servicios médicos continuados; y (iii) asesorar a sus proveedores de Atención Médica sobre cualquier recomendación, opción o alternativa para su atención médica.

Usted o su Proveedor de Servicios Médicos deben llamar a la Compañía UM al número de teléfono que aparece en la Tabla de Referencia Rápida al principio de este documento para solicitar la Revisión de la Certificación de Admisión. **Las llamadas para ingresos hospitalarios de emergencia deben realizarse en las 48 horas siguientes al ingreso de emergencia.**

La Compañía UM revisará la información facilitada y le comunicará a usted, a su proveedor de Atención Médica y al hospital, así como a la Oficina del Fondo, si los servicios de Atención Médica han sido certificados como médicamente necesarios.

1. Sanciones por incumplimiento al no solicitar la revisión previa a la certificación

Si no solicita la Revisión Previa a la Certificación de conformidad con los procedimientos y plazos arriba indicados, incurrirá en una penalización del 10% de los Gastos Elegibles. Es decir, los Gastos Elegibles de los siguientes servicios se reducirán en un 10% a menos que se reciba la Revisión Previa a la Certificación antes de la fecha del ingreso/tratamiento: (i) ingresos en Hospital; (ii) ingresos en un Centro de Enfermería Especializada, Centro de Cuidados Subagudos, Hospicio u otro centro; y (iii) Servicios de Atención Médica a Domicilio.

2. Sanciones por incumplimiento al no solicitar la revisión del certificado de admisión

Si no solicita la Revisión de la Certificación de Admisión de acuerdo con los procedimientos y plazos mencionados, incurrirá en una penalización del 10%. Es decir, los Gastos Elegibles por ingresos Hospitalarios de Emergencia se reducirán en un 10% a menos que se reciba la Revisión del Certificado de Ingreso dentro de las 48 horas siguientes a la fecha del ingreso.

C. Revisión de la estancia continuada

La revisión de la continuación de la estancia es la evaluación continua de la Atención Médica que se está prestando, especialmente, pero sin limitarse a la duración continuada de los servicios de Atención Médica en un hospital, centro de enfermería especializada, centro de cuidados subagudos, hospicio u otro centro:

1. Cuando esté recibiendo servicios médicos en un Hospital u otro centro de atención médica para Pacientes Internos, la Compañía UM supervisará su estancia poniéndose en contacto con sus Proveedores de Atención Médica para

asegurarse de que la continuación de los servicios médicos en el centro de atención médica es Médicamente Necesaria, y para ayudar a coordinar su atención médica con los beneficios disponibles bajo el Plan.

2. La Revisión de la Continuación de la Estancia puede incluir servicios tales como la coordinación de la Atención Médica a Domicilio o del Equipo Médico Duradero, la ayuda con los planes de alta, la determinación de la necesidad de continuar con los servicios médicos y el asesoramiento a sus Proveedores de Atención Médica sobre las distintas opciones y alternativas para su asistencia médica disponibles en este Plan.
3. Si en algún momento se considera que su tratamiento no es Médicamente Necesario o si se determina que la asistencia podría prestarse de forma segura y eficaz en otro entorno, como por ejemplo a través de la Atención Médica a Domicilio o en otro tipo de centro médico, se le notificará a usted y a su Proveedor de Atención Médica. Esto no significa que deba abandonar el hospital o dejar de recibir tratamiento. No obstante, si decide quedarse o continuar el tratamiento, todos los gastos que se produzcan después de la notificación correrán a su cargo. Si se determina que su estancia en el hospital o los servicios prestados no eran médicamente necesarios, no se pagará ningún beneficio en relación con ningún gasto hospitalario, médico o quirúrgico relacionado.

D. Restricciones y limitaciones del Programa de Gestión de la Utilización

1. El hecho de que su Proveedor de Atención Médica recomiende una intervención quirúrgica, Hospitalización o internamiento en un centro médico, o que su Proveedor de Atención Médica proponga o proporcione cualquier otro servicio o suministro médico, no significa que los servicios o suministros recomendados se consideren Gastos Elegibles o se consideren Médicamente Necesarios para determinar la cobertura del Plan.
2. El Programa de Gestión de la Utilización no pretende diagnosticar ni tratar condiciones médicas, validar la elegibilidad para la cobertura ni garantizar el pago de los beneficios del Plan. La certificación de la Compañía UM de que un tratamiento o servicio es médicamente necesario no significa que se garantice el pago de un beneficio. El derecho a percibir los beneficios y el pago efectivo de las mismas están sujetos a los términos y condiciones del Plan descritos en el presente documento. Por ejemplo, no se abonarán beneficios si su derecho a cobertura finaliza antes de la prestación de los servicios o si los servicios no están cubiertos por el plan, total o parcialmente.
3. **Todas las decisiones sobre el tratamiento dependen de usted y de su proveedor de Atención Médica.** Deberá seguir cualquier tratamiento que usted y su Proveedor de Atención Médica consideren más adecuado, aunque la Compañía UM no considere el tratamiento Médicamente Necesario o como Cargo Elegible. No obstante, los beneficios pagaderos por el Plan pueden verse afectadas por la determinación de la Compañía UM.

Sección 6.5. GASTOS CUBIERTOS POR LOS BENEFICIOS MÉDICOS GLOBALES

Los siguientes servicios y suministros médicos se consideran Gastos Cubiertos por los que pueden abonarse beneficios médicos globales. Los Gastos Cubiertos deben ser Médicamente Necesarios y no deben superar el Cargo Permitido. Los Gastos Cubiertos están sujetos a todas las limitaciones y exclusiones y a los demás términos y condiciones aplicables del Plan.

- A. Beneficios hospitalarios.** Los Gastos Cubiertos incurridos durante una hospitalización incluyen: Gastos de alojamiento y comidas en habitación semiprivada; internamiento en una sala de cuidados intensivos o coronarios; medicación ordenada por un Médico; visitas al Médico; y gastos de radiología, patología, radiografías y pruebas de laboratorio.

Los gastos cubiertos por servicios prestados por un Hospital en régimen ambulatorio incluyen: las pruebas previas a la admisión que se realicen en los siete días inmediatamente anteriores al ingreso en el Hospital, el tratamiento de una emergencia médica; la quimioterapia; la terapia de inhalación o la radioterapia ordenadas por un Médico, que estén programadas regularmente en un centro hospitalario ambulatorio, y la cirugía no urgente ordenada por un Médico.

- B. Beneficios para centros de cirugía ambulatoria.** Los gastos cubiertos por cirugía realizada en un centro quirúrgico ambulatorio incluyen: los servicios y suministros prestados por el centro quirúrgico ambulatorio; y los gastos del médico por los servicios prestados durante su estancia en el centro para radiografías y pruebas de laboratorio y para radiología y patología.
- C. Beneficios ambulatorios de rayos X y laboratorio.** Los gastos cubiertos incluyen los siguientes procedimientos de rayos X y laboratorio de diagnóstico realizados mientras no esté ingresado en un Hospital: citologías y mamografías no rutinarias; gastos de radiología y patología para interpretar las pruebas o estudios y radiografías, radioterapia y terapia con isótopos radioactivos.
- D. Beneficios de cirugía.** los gastos cubiertos incluyen: gastos de cirugía de los médicos, incluidos los cuidados postoperatorios; gastos de administración de anestesia; gastos de sustitución de válvulas cardíacas y lentes protésicas implantables para cataratas, bypass protésico o sustitución de vasos.

Los gastos cubiertos por cirugía oral se limitan a los siguientes procedimientos:

1. Extirpación de tumores y quistes de los maxilares, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y el suelo de la boca cuando las condiciones requieran un examen patológico;
2. Cirugía necesaria para corregir lesiones accidentales de los maxilares, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y el suelo de la boca;
3. Reducción de fracturas y luxaciones de mandíbula;
4. Incisión externa y drenaje de la celulitis;
5. Incisión de senos accesorios, glándulas salivales o conductos.
6. Frenectomía (corte del tejido lingual medio).

Los gastos de cirugía cubiertos incluyen los gastos ocasionados por una segunda opinión quirúrgica. Si la segunda opinión difiere de la opinión del médico original, también están cubiertos los gastos de una tercera opinión. El médico que emita la segunda (o tercera) opinión debe ser un especialista en la enfermedad del paciente, no debe estar asociado económicamente con el médico original y no debe ser el médico que realice la intervención quirúrgica.

Si se realizan intervenciones quirúrgicas múltiples o bilaterales en una sola sesión operatoria, el importe a pagar por estas intervenciones se limitará al gasto razonable y habitual por la intervención primaria y al 50% del gasto razonable y habitual por las intervenciones posteriores si dichas intervenciones se hubieran realizado de forma

independiente. No se abonan beneficios por intervenciones quirúrgicas accidentales, como una apendicectomía realizada durante una operación de vesícula biliar.

- E. Beneficios por trasplante de órganos y tejidos.** Los gastos cubiertos incluyen los siguientes tipos de trasplantes de órganos y tejidos, siempre que no sean experimentales o de investigación: córnea, riñón, hígado, páncreas, riñón/páncreas, corazón, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea alogénica, médula ósea autóloga y células madre. Los gastos cubiertos pagaderos por los servicios de trasplante de órganos y tejidos incluyen la evaluación, las pruebas previas, los honorarios médicos y los gastos hospitalarios.

Se pagan los servicios médicos relacionados con el donante, pero solo para el donante seleccionado para el trasplante de órganos o tejidos. Estos servicios incluyen los costes de obtención y transporte del órgano o tejido al lugar del trasplante. La obtención incluye el coste de la cirugía para un donante vivo que no disponga de seguro médico o cobertura para la cirugía.

Los gastos cubiertos no incluyen: trasplante de cualquier órgano o tejido no mencionado anteriormente; trasplante de un órgano animal; un órgano artificial (esto no incluye un dispositivo mecánico o similar para ayudar a la función de un órgano humano); o cualquier servicio de trasplante para una persona cubierta como donante de órganos seleccionado si el receptor no es una persona cubierta por el plan.

- F. Beneficios de ambulancia.** Los gastos cubiertos incluyen el transporte de emergencias al Hospital más cercano por un servicio de ambulancia profesional, incluida la ambulancia aérea. Cuando una lesión o enfermedad requiera cuidados especiales no disponibles en un Hospital local, los gastos cubiertos incluyen el traslado en ambulancia al Hospital más cercano que pueda proporcionar los cuidados.

- G. Beneficios del centro de enfermería especializada.** Los servicios cubiertos del centro de enfermería especializada incluyen los gastos de habitación y manutención y los cuidados de enfermería especializada, siempre que el paciente cumpla cada uno de los siguientes requisitos:

1. El internamiento en el centro de enfermería especializada debe comenzar en los siete días inmediatamente posteriores a un internamiento hospitalario de al menos cinco días consecutivos.
2. El estado de salud del beneficiario debe requerir cuidados de enfermería especializados.
3. Un médico debe certificar el internamiento en un centro de enfermería especializada.
4. El beneficiario debe permanecer bajo la supervisión de un médico durante su internamiento.

- H. Beneficios médicos a domicilio.** el plan proporciona beneficios para la atención médica a domicilio, siempre que la persona beneficiaria cumpla cada uno de los siguientes requisitos:

1. Los cuidados deben comenzar en los catorce días siguientes al alta de un Hospital o de un centro de enfermería especializada.
2. Un médico debe certificar la asistencia en lugar del internamiento en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
3. Los servicios y suministros de atención médica especializada a domicilio deben

ser prestados por un proveedor autorizado que no sea un familiar y suministrados a tiempo parcial con arreglo a un plan de atención médica a domicilio establecido.

- I. Beneficios de cuidados paliativos.** El plan proporciona beneficios de cuidados paliativos cuando los servicios se prestan en lugar de todos los demás cuidados para tratar una enfermedad terminal. Una "enfermedad terminal" es una enfermedad a la que le quedan seis meses o menos de vida. El centro o la agencia que preste los cuidados debe estar autorizado por sí mismo o como parte de otro centro y funcionar bajo la dirección de un médico. Debe cumplir las normas de la Organización Nacional de Hospicios.

Los cuidados paliativos deben prestarse en un centro autorizado o en el domicilio de la persona beneficiaria y estar certificados por un médico. Los cuidados deben ser acordados por escrito por el médico y el centro u organismo que los preste y deben satisfacer las necesidades médicas y sociales del beneficiario.

Los gastos cubiertos incluyen: gastos de alojamiento y manutención en un centro de cuidados paliativos; servicios y suministros en un centro o en el domicilio de la persona elegible; cuidados de enfermería a tiempo parcial y servicios de atención médica a domicilio hasta ocho (8) horas al día; servicios de consulta y gestión de casos por parte de un Médico; fisioterapia; suministros médicos y medicamentos y fármacos prescritos.

Los gastos cubiertos no incluyen: enfermería privada o especial; cuidados que no sean para el control del dolor o para tratar síntomas agudos o crónicos; arreglos funerarios; asesoramiento financiero o jurídico; servicios de acompañante, de ama de casa o de limpieza; servicios de voluntariado que, por lo demás, son gratuitos o asesoramiento por parte de un pastor o ministro de una iglesia.

- J. Beneficios de la reconstrucción mamaria.** En el caso de una persona que reúna los requisitos para recibir beneficios en relación con una mastectomía y que elija la reconstrucción mamaria en relación con dicha mastectomía, los gastos cubiertos incluyen:

1. reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
2. cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico;
3. prótesis; y
4. tratamiento de las complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

De conformidad con la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA), la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente. Dicha cobertura estará sujeta a deducibles anuales y disposiciones de coaseguro acordes con las establecidas para otros beneficios del plan.

- K. Beneficios por maternidad.** Los gastos cubiertos se pagan por el embarazo normal y el parto resultante para una empleada cubierta o el cónyuge cubierto de la empleada. Los hijos dependientes están cubiertos por determinados beneficios de atención prenatal y determinados servicios preventivos. Los gastos cubiertos se pagan en las mismas condiciones que cualquier otra enfermedad, según las directrices establecidas por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos o cualquier otra asociación médica profesional establecida.

También se consideran gastos cubiertos las complicaciones del embarazo, el parto por cesárea y los procedimientos de esterilización voluntaria del empleado cubierto o del cónyuge cubierto del Empleado.

A efectos de este beneficio, los servicios pueden ser prestados por un médico, una enfermera matrona o un asistente médico, siempre que: esté autorizado por la legislación estatal aplicable para prestar cuidados de maternidad; sea directamente responsable de prestar los cuidados de maternidad a la madre y preste efectivamente los cuidados.

Los beneficios incluyen los gastos cubiertos incurridos en un centro de maternidad. Un centro de maternidad se define como una instalación autónoma autorizada que ofrece atención prenatal, atención durante el parto y el posparto inmediato y atención al niño nacido en la instalación. Los gastos en que se incurra después del ingreso en el centro de maternidad se abonarán en su totalidad y no estarán sujetos a ningún deducible, coseguro o copago.

El plan no restringirá, tal y como exige la legislación federal, los beneficios por cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal o a menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la legislación federal no prohíbe en general que el profesional que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, según proceda). En cualquier caso, el Plan no exigirá que un proveedor obtenga la autorización del Plan o del emisor del seguro para prescribir una estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas). En caso de parto múltiple, las 48 o 96 horas comienzan en el momento del parto del último hijo. Si el parto se produce fuera de un hospital, las 48 o 96 horas comienzan cuando la madre ingresa en el hospital para dar a luz.

- L. Beneficios para el recién nacido – Cuidados del recién nacido sano.** Los gastos cubiertos para el cuidado del recién nacido son pagaderos sobre la misma base que cualquier enfermedad cubierta, de acuerdo con las directrices establecidas por la Academia Americana de Pediatría o cualquier otra asociación médica profesional establecida, e incluyen: cargos por habitación y comida en la guardería del hospital; servicios y suministros varios proporcionados y facturados por el Hospital en su propio nombre; cargos del Médico por circuncisión y cargos del Médico por el examen inicial de rutina del niño antes de ser dado de alta del Hospital. Los gastos cubiertos arriba indicados para la atención del niño sano se abonan incluso si el niño no es una persona elegible. Para los demás gastos cubiertos, el hijo debe estar inscrito como persona elegible para la cobertura de beneficiarios.
- M. Beneficios del recién nacido - Cuidados del bebé enfermo.** Los recién nacidos están cubiertos durante los 31 primeros días desde el nacimiento para los cuidados del bebé enfermo, que incluyen los gastos por lesión y enfermedad y los cuidados para tratar los defectos congénitos diagnosticados, las anomalías congénitas y las anomalías. Para que los beneficios se proporcionen más allá de los 31 días, el hijo debe estar inscrito como persona con derecho a cobertura para beneficiarios.
- N. Beneficios de salud mental.** El plan cubre los beneficios de salud mental para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Por "condición psiquiátrica" se entenderá

enfermedad clasificada como condición psiquiátrica en la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades, o en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría. A efectos de este beneficio, una condición psiquiátrica también incluye la anorexia nerviosa y la bulimia, la esquizofrenia y los trastornos depresivos, incluidos, entre otros, la depresión maníaca. La condición psiquiátrica no incluye la adicción o el abuso de cualquier droga, producto químico o sustancia.

Los gastos cubiertos para el tratamiento de Condiciones Psiquiátricas incluyen: Gastos de Habitación y Comida en el Hospital, servicios y suministros; gastos del Médico; servicios de un psicólogo con nivel de maestría, R.N. o trabajador social que esté autorizado en el estado en el que ejerce y preste servicios bajo la dirección o supervisión de un Médico; tratamiento en un centro autorizado que no sea un Hospital que opere principalmente para el tratamiento de Condiciones Psiquiátricas y fármacos y medicamentos que por ley requieran receta escrita de un Médico. También se cubre el tratamiento residencial y el tratamiento ambulatorio intensivo.

O. Beneficios de rehabilitación para pacientes hospitalizados. Los gastos de rehabilitación cubiertos incluyen los servicios y tratamientos para el restablecimiento físico de la función después de una lesión o enfermedad cubierta, prestados durante la hospitalización en un centro acreditado por la Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) o la Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF), incluyendo:

1. Rehabilitación aguda mientras está hospitalizado por una condición que requiere rehabilitación interdisciplinaria intensiva apropiada para un nivel de cuidados agudos; o bien
2. Rehabilitación subaguda mientras está hospitalizado por una condición que requiere supervisión de enfermería especializada e intervención terapéutica.
3. Servicios de rehabilitación física durante la hospitalización, pero solo cuando el beneficiario pueda participar activamente en dichos programas y se demuestre una mejoría física continua.

P. Beneficios ambulatorias de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. Los gastos cubiertos de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia incluyen los servicios de terapia ambulatoria y el tratamiento por parte de un fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o logopeda calificado y autorizado cuando lo ordene el médico que atiende a la persona elegible.

1. Los servicios y tratamientos deben prestarse por una lesión traumática aguda o un defecto funcional físico causado por una lesión o enfermedad cubierta.
2. Los servicios para terapias ambulatorias solo están cubiertos cuando la persona elegible es capaz de participar activamente en dichas terapias y existe una mejora física continua documentada.
3. No están cubiertos los programas, tratamientos y servicios relacionados con la reinserción en la comunidad, la vida de transición, los programas residenciales, escolares o vocacionales.

Q. Beneficios de terapia manipulativa (tratamiento quiropráctico). Los servicios de terapias de manipulación solo están cubiertos cuando: la persona elegible no está hospitalizada; la persona elegible puede participar activamente en dichas terapias y existe una mejora física continua documentada. Los gastos cubiertos incluyen:

1. Servicios prestados por un proveedor autorizado y calificado para el restablecimiento terapéutico de una función anormal del sistema nervioso y/o muscular y/o de la columna vertebral mediante la manipulación de estructuras del cuerpo humano.
2. Gastos de manipulación y tratamiento por desequilibrio estructural, distorsión, luxación, desplazamiento o subluxación de vértebras de la columna vertebral.

R. Beneficios de ensayos clínicos. Los gastos ocasionados por la participación en un Ensayo Clínico Aprobado de Fase I, II, III o IV están cubiertos siempre que los gastos sean:

1. Auxiliar a la participación en el Ensayo Clínico Aprobado y que de otro modo estaría cubierto por este Fondo si el individuo no estuviera participando en el Ensayo Clínico Aprobado; y
2. No atribuible a ningún dispositivo, artículo, servicio o medicamento que se esté estudiando como parte del Ensayo Clínico Aprobado o que sea directamente suministrado, proporcionado o dispensado por el proveedor del Ensayo Clínico Aprobado.

Puede optar al pago de los gastos de participación en un Ensayo Clínico Aprobado si:

1. Usted cumple el protocolo prescrito por el proveedor del Ensayo Clínico Aprobado; y
2. O bien: (a) el proveedor de la PPO del individuo determina que la participación en el Ensayo Clínico Aprobado sería médicamente apropiada; o (b) el individuo proporciona al Fondo información médica y científica que establece que la participación en el Ensayo Clínico Aprobado sería médicamente apropiada.

Por Ensayo Clínico Aprobado se entiende un ensayo clínico de Fase I, II, III o IV realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad potencialmente mortal.

El estudio o investigación del Ensayo Clínico Aprobado debe ser:

1. aprobado o financiado por uno o más de: (1) el National Institutes of Health (NIH), (2) los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (3) la Agency for Health Care Research and Quality (AHCRO), (4) los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) (5) un grupo o centro cooperativo de los NIH, CDC, AHCRO, CMS, el Department of Defense (DOD) o el Department of Veterans Affairs (VA); (6) una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada por las directrices de los NIH para las subvenciones; o (7) el VA, el DOD o el Department of Energy (DOE) si el estudio ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión por pares que el Secretario del HHS determine que es comparable al sistema utilizado por los NIH y garantice una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por personal calificado.

2. personas que no tengan ningún interés en el resultado de la revisión;
2. un estudio o ensayo realizado en el marco de una solicitud de nuevo fármaco en investigación revisada por la Food and Drug Administration (FDA); o
3. un ensayo farmacológico que esté exento de los requisitos de solicitud de nuevo medicamento en investigación.

No se pagarán beneficios:

1. Los gastos derivados de la participación en un ensayo clínico aprobado que sean: (1) artículos, dispositivos, servicios o fármacos en investigación que se estudian como parte del Ensayo Clínico Aprobado; (2) artículos, dispositivos, servicios y fármacos que se proporcionan únicamente con fines de recopilación y análisis de datos y no para el tratamiento clínico directo del paciente; o (3) artículos, dispositivos, servicios o fármacos incompatibles con las normas de atención ampliamente aceptadas y establecidas para el diagnóstico concreto de un paciente; o
2. Gastos en un proveedor No PPO si un proveedor PPO acepta al paciente en un Ensayo Clínico Aprobado.

S. Gastos varios cubiertos. Los siguientes conceptos también son Gastos Cubiertos por el Plan:

1. Visitas a domicilio y a la consulta del médico.
2. Fármacos y medicamentos que, por ley, requieren una receta escrita de un médico y son dispensados por una farmacia autorizada.
3. Oxígeno y alquiler de equipos para su administración, incluidos los equipos de respiración con presión positiva intermitente (IPPB).
4. Dispositivos (excepto órganos artificiales) implantados mediante cirugía en una cavidad corporal para ayudar a la función de un órgano interno.
5. Alquiler (pero no reparación) de una silla de ruedas no motorizada, cama de hospital u otro equipo médico duradero, sin superar el precio total de compra del artículo. El artículo solo está cubierto si es necesario para uso terapéutico y puede soportar un uso repetido, se utiliza normalmente solo por razones médicas y no es de uso general, excepto para tratar una lesión o enfermedad.
6. Prótesis inicial para la sustitución de un miembro natural o de un ojo que se ha perdido o sustitución debida a un cambio patológico. Las reparaciones de la prótesis no están cubiertas.
7. Sustitución inicial de dientes naturales perdidos a causa de una lesión. Estos gastos de sustitución solo están cubiertos si se producen en los seis (6) meses siguientes al accidente.
8. Yesos (que no sean impresiones), vendajes quirúrgicos, bragueros, férulas y aparatos ortopédicos (que no sean aparatos de ortodoncia y férulas para los dientes) y muletas cuando sean prescritos u ordenados por un Médico.
9. Catéteres, bolsas de colostomía, anillos y cinturones, almohadillas de flotación, agujas y jeringuillas, cuando los prescriba un médico.
10. Lentes de contacto o gafas iniciales después de la cirugía de cataratas, si las prescribe un médico.

Sección 6.6. SERVICIO PREVENTIVOS

El plan cubre los servicios preventivos recomendados, tal y como exige la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010 ("ACA"). Solo se proporciona cobertura a los proveedores de la PPO, sin gastos compartidos (el porcentaje de pago del Fondo es del 100%,

sin deducible ni copago). Estos servicios preventivos recomendados suelen incluir lo siguiente

- A. Artículos o servicios basados en la evidencia con una calificación de A o B, que se consideran recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) a efectos de la ACA;
- B. Vacunas de uso rutinario en niños y adultos con una recomendación en vigor del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC);
- C. Atención preventiva para lactantes, niños y adolescentes basada en pruebas y exámenes previstos en las directrices generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios Médicos (HRSA).
- D. En el caso de las mujeres, atención preventiva y cribado basados en pruebas y previstos en directrices integrales respaldadas por la HRSA.

Si los servicios preventivos se reciben de un proveedor que no pertenezca a la PPO, no estarán cubiertos. Si las directrices federales no dejan claro qué beneficios preventivos deben estar cubiertos, los administradores determinarán si un beneficio concreto está cubierto por esta prestación de servicios preventivos. Para las recomendaciones en vigor durante menos de un año, la cobertura del nuevo servicio preventivo recomendado entrará en vigor a partir del primer año del plan que comience al menos un año después de la fecha de entrada en vigor, a menos que la ley disponga lo contrario. A continuación se incluye una lista de los servicios preventivos recomendados que están vigentes en el momento de la adopción de esta reformulación del plan; no obstante, esta lista incorporará automáticamente mediante esta referencia cualquier cambio aplicable a los servicios preventivos recomendados que el plan debe cubrir en virtud de la ACA.

i. SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS PARA ADULTOS

- 1. Cribado único de aneurisma aórtico abdominal para hombres de 65-75 años que han fumado alguna vez.
- 2. Cribado y asesoramiento sobre el consumo abusivo de alcohol: Intervenciones de cribado y asesoramiento conductual para reducir el consumo abusivo de alcohol en adultos, incluidas las mujeres embarazadas, en los centros de atención primaria.
- 3. Control de la tensión arterial para todos los adultos mayores de 18 años. El control de la tensión arterial no se paga por separado, ya que está incluido en el pago de la visita médica.
- 4. Cribado de colesterol (cribado de trastornos lipídicos) para hombres a partir de 35 años y mujeres a partir de 45 años; hombres de 20 a 35 años si presentan un riesgo elevado de cardiopatía coronaria; y mujeres de 20 a 45 años si presentan un riesgo elevado de cardiopatía coronaria.
- 5. Cribado del cáncer colorrectal mediante pruebas de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia o colonoscopia, en adultos a partir de los 50 años y hasta los 75. La metodología de la prueba debe ser médicamente apropiada para el paciente. El plan no impondrá gastos compartidos con respecto a la extirpación de un pólipo durante una colonoscopia realizada como procedimiento de cribado. El plan no impondrá gastos compartidos con respecto a los siguientes servicios cuando estos se presten en relación con una colonoscopia de cribado y el proveedor que atiende al paciente determine que el servicio es médicamente apropiado: servicios de anestesia, una consulta con un especialista previa al

- procedimiento o un examen patológico sobre una biopsia de pólipos.
6. Detección de la depresión en adultos.
 7. Cribado de la diabetes de tipo 2 en adultos asintomáticos con tensión arterial sostenida (tratada o no) superior a 135/80 mm Hg.
 8. Asesoramiento dietético para adultos con mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas.
 9. Asesoramiento y detección del VIH una vez al año para todos los adolescentes y adultos de 15 a 65 años y para las personas más jóvenes y mayores con mayor riesgo.
 10. Cribado de la obesidad y asesoramiento intensivo e intervenciones conductuales para promover la pérdida de peso sostenida en adultos con un índice de masa corporal de 30 kg/m² o superior.
 11. Asesoramiento sobre prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos de alto riesgo.
 12. Cribado del consumo de tabaco para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco.
 13. Cribado de sífilis para todos los adultos con mayor riesgo de infección.
 14. Asesoramiento para adultos jóvenes de hasta 24 años con piel clara sobre cómo minimizar su exposición a la radiación ultravioleta para reducir el riesgo de cáncer de piel.
 15. Ejercicio o fisioterapia para prevenir las caídas en adultos mayores de 65 años que viven en la comunidad y presentan un mayor riesgo de caídas.
 16. Cribado de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en personas con alto riesgo de infección y cribado único de la infección por VHC en adultos nacidos entre 1945 y 1965.
 17. Cribado anual de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis en adultos de 55 a 80 años con un historial de tabaquismo de 30 paquetes/año y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años.
 18. Cribado de la infección por el virus de la hepatitis B en adultos con alto riesgo de infección.

ii. SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS PARA LAS MUJERES, INCLUIDAS LAS EMBARAZADAS

1. Cribado sistemático de la anemia en mujeres embarazadas.
2. Cribado de bacteriuria urinaria u otras infecciones en mujeres embarazadas. El cribado de la bacteriuria asintomática con urocultivo en mujeres embarazadas es pagadero entre las semanas 12 y 16 de gestación, o en la primera visita prenatal, si es posterior.
3. Asesoramiento BRCA sobre pruebas genéticas para mujeres con mayor riesgo. Las mujeres cuyos antecedentes familiares estén asociados a un mayor riesgo de mutaciones deletéreas en los genes BRCA 1 o BRCA 2 recibirán derivación para asesoramiento. El plan cubrirá las pruebas genéticas BRCA 1 o 2 sin gastos compartidos, si corresponde según lo determine el Proveedor de Atención Médica de la mujer, incluso en el caso de una mujer a la que se le haya diagnosticado cáncer anteriormente, siempre y cuando no presente síntomas en la actualidad ni esté recibiendo tratamiento activo para el cáncer de mama, ovario, trompas o peritoneal.
4. Mamografía de cribado de cáncer de mama para mujeres con o sin exploración clínica de la mama y con o sin diagnóstico, cada año para mujeres de 40 años o más.

5. Asesoramiento sobre quimioprevención del cáncer de mama para mujeres de alto riesgo. El plan pagará el asesoramiento de Médicos a mujeres con alto riesgo de cáncer de mama y bajo riesgo de efectos adversos de la quimioprevención, para hablar de los riesgos y beneficios de la quimioprevención.
6. Apoyo y asesoramiento integrales en materia de lactancia por parte de un proveedor formado durante el embarazo y mientras dure la lactancia y gastos de alquiler del equipo de lactancia. El plan puede pagar la compra del equipo de lactancia en lugar del alquiler, si lo considera oportuno.
7. Cribado de cáncer de cuello de útero para mujeres de 21 a 65 años con citología vaginal cada tres años.
8. Cribado de la infección por clamidia para todas las mujeres sexualmente activas no embarazadas de 24 años o menos y para las mujeres no embarazadas de 25 años o más que presenten un mayor riesgo. Para todas las mujeres embarazadas de 24 años o menos y para las mujeres embarazadas de más edad con mayor riesgo, el cribado de la infección por clamidia está cubierto como parte de la visita prenatal.
9. Cribado de gonorrea en mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y en mujeres mayores con mayor riesgo de infección, como parte de la visita de control de la mujer sana. El plan solo pagará la metodología de prueba más rentable.
10. Pruebas de detección de la hepatitis B para embarazadas en su primera visita prenatal.
11. Cribado de la osteoporosis en mujeres. Las mujeres mayores de 65 años podrán someterse a un cribado rutinario de osteoporosis. Las mujeres más jóvenes podrán someterse al cribado si su riesgo de fractura es igual o superior al de una mujer de 65 años. El plan solo pagará la metodología de prueba más rentable.
12. Pruebas de detección de incompatibilidad Rh para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita para recibir atención relacionada con el embarazo, y pruebas de seguimiento para todas las mujeres Rh (D) negativo no sensibilizadas a las 24-28 semanas de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh (D) negativo.
13. Detección del consumo de tabaco e intervenciones para todas las mujeres, y asesoramiento ampliado para las embarazadas consumidoras de tabaco.
14. Pruebas de detección de la sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo, como parte de una visita de bienestar de la mujer.
15. Visita de control anual para que las mujeres adultas obtengan los servicios preventivos cubiertos que sean adecuados para su edad y desarrollo, incluida la atención previa a la concepción y muchos servicios necesarios para la atención prenatal. El plan cubrirá las visitas adicionales de la mujer sana si el Médico determina que la paciente requiere visitas adicionales para obtener todos los servicios preventivos cubiertos necesarios, sujeto a técnicas razonables de gestión médica. Además, el plan cubrirá sin costo compartido estos servicios preventivos para los hijos dependientes cuando un proveedor de atención médica determine que los servicios preventivos para el bienestar de la mujer son adecuados para la edad y el desarrollo de la persona a cargo.
16. Cribado de la diabetes gestacional en embarazadas asintomáticas entre las semanas 24 y 28 de gestación y en la primera visita prenatal de las embarazadas identificadas con riesgo de diabetes.
17. Pruebas del virus del papiloma humano para mujeres a partir de 30 años con resultados normales de la citología vaginal, una vez cada tres años como parte de una visita de bienestar de la mujer.
18. Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual, una vez al año como parte de la visita de la mujer sana.

19. Asesoramiento y detección del VIH, una vez al año como parte de la visita de la mujer sana y para las mujeres embarazadas, incluidas las que se presentan en trabajo de parto que no se han sometido a la prueba y cuyo estado serológico respecto al VIH se desconoce.
20. Detección y asesoramiento sobre violencia interpersonal y doméstica, como parte de una visita de bienestar de la mujer.
21. Cirugía de esterilización para mujeres e implantes quirúrgicos de esterilización para mujeres. Esta cobertura incluye los servicios clínicos, incluida la educación y el asesoramiento del paciente, necesarios para la provisión del método anticonceptivo.
22. Los siguientes agentes anticonceptivos femeninos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y recetados a la mujer por su proveedor de Atención Médica. Esta cobertura incluye los servicios clínicos, incluida la educación y el asesoramiento de la paciente, necesarios para el suministro del agente anticonceptivo:
 - a. espermicidas;
 - b. capuchones cervicales;
 - c. preservativos femeninos;
 - d. esponjas anticonceptivas;
 - e. diafragmas;
 - f. anticonceptivos orales genéricos, incluida la píldora combinada, la píldora de progestágeno solo y la píldora de uso prolongado/continuo (los anticonceptivos orales de marca solo están cubiertos si el proveedor de Atención Médica de la mujer determina y notifica al Plan por escrito que los anticonceptivos orales genéricos serían médicamente inadecuados para la mujer);
 - g. parches transdérmicos genéricos (los parches de marca, como Ortho Evra®, solo están cubiertos si el profesional médico de la mujer determina y notifica al plan por escrito que los parches transdérmicos genéricos serían médicamente inadecuados para la mujer);
 - h. anillos anticonceptivos vaginales;
 - i. inyecciones genéricas (las inyecciones de marca, como Depo-Provera® 150 mg. y Depo-SubQ Provera 104®, solo están cubiertas si el Proveedor de Atención Médica de la mujer determina y notifica al plan por escrito que las inyecciones genéricas serían médicamente inadecuadas para la mujer);
 - j. anticonceptivos de emergencia, como Plan B®, Plan B One-Step® y Next Choice One Dose®;
 - k. anticoncepción de emergencia ella®;
 - l. Dispositivos intrauterinos (DIU) con progestágeno;
 - m. DIU de cobre; y
 - n. varillas implantables.

Los anticonceptivos sin receta deben presentarse con una prescripción de su médico.

La cobertura de estos anticonceptivos femeninos se limita a las mujeres menores de 51 años de edad.

iii. SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS PARA NIÑOS

1. Visitas de control para bebés y niños sanos desde el nacimiento hasta los 21 años, según lo recomendado para la Atención Médica preventiva pediátrica por

"Bright Futures/American Academy of Pediatrics". Las visitas incluyen los siguientes exámenes y evaluaciones adecuados a la edad:

- a. Cribado del desarrollo de los niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la infancia;
 - b. Evaluaciones conductuales para niños de todas las edades;
 - c. Examen auditivo;
 - d. Medidas de altura, peso e índice de masa corporal;
 - e. Cribado del autismo en niños de 18 y 24 meses;
 - f. Evaluaciones del consumo de alcohol y drogas en adolescentes;
 - g. Cribado de hematocrito o hemoglobina;
 - h. Detección del plomo en niños con riesgo de exposición;
 - i. Pruebas de tuberculina para niños con mayor riesgo de tuberculosis;
 - j. Cribado de la dislipidemia en niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos;
 - k. Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para adolescentes sexualmente activos;
 - l. Cribado de displasia cervical a los 21 años;
 - m. Evaluación del riesgo para la salud bucodental;
 - n. Historial médico;
 - o. Control de la tensión arterial;
 - p. Cribado de la depresión en adolescentes a partir de 11 años;
 - q. Examen de la vista; y
 - r. Cribado de cardiopatías congénitas críticas en recién nacidos.
2. Pruebas de cribado en recién nacidos recomendadas por el Comité Asesor sobre Trastornos Hereditarios en Recién Nacidos y niños (como el cribado de hipotiroidismo en recién nacidos y el cribado de células falciformes en recién nacidos).
 3. Cribado de la obesidad en niños a partir de 6 años y asesoramiento o derivación a intervenciones conductuales integrales e intensivas para promover la mejora del estado ponderal.
 4. Asesoramiento y pruebas de detección del VIH una vez al año para adolescentes a partir de 15 años y para adolescentes más jóvenes con mayor riesgo de infección.
 5. Medicación tópica ocular profiláctica para todos los recién nacidos para la prevención de la gonorrea.
 6. Asesoramiento a niños, adolescentes y adultos jóvenes de 10 a 24 años con piel clara sobre cómo minimizar su exposición a la radiación ultravioleta para reducir el riesgo de cáncer de piel.
 7. Intervenciones, incluida la educación o el asesoramiento breve, para prevenir el inicio en el consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar.
 8. Cribado de la infección por el virus de la hepatitis B en adolescentes con alto riesgo de infección.
 9. Aplicación de barniz de flúor en los dientes primarios de todos los lactantes y niños de hasta 5 años a partir de la edad de erupción del diente primario, en las consultas de atención primaria.

iv. INMUNIZACIONES

Las vacunas de rutina están cubiertas para los participantes que cumplan los requisitos de edad y

sexo y que cumplan los criterios médicos de recomendación del Centro de Control de Enfermedades (CDC).

1. Vacunas de inmunización para adultos:
 - a. Difteria/tétanos/tos ferina (DTP);
 - b. Sarampión/paperas/rubéola (SPR);
 - c. Gripe;
 - d. Virus del papiloma humano (VPH);
 - e. Neumocócica (polisacárido);
 - f. Hepatitis A;
 - g. Hepatitis B;
 - h. Meningococo;
 - i. Zóster, a partir de los 60 años; y
 - j. Varicela.

2. Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años:
 - a. Hepatitis B;
 - b. Rotavirus;
 - c. Difteria, tétanos, tos ferina;
 - d. Haemophilus influenzae tipo b;
 - e. Neumocócica;
 - f. Poliovirus inactivado;
 - g. Gripe;
 - h. Sarampión, paperas, rubeola;
 - i. Varicela;
 - j. Hepatitis A;
 - k. Meningococo; y
 - l. Virus del papiloma humano (VPH).

v. MEDICAMENTOS PREVENTIVOS RECETADOS
(DISTINTOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS)

1. Aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares en hombres de 45 a 79 años y en mujeres de 55 a 79 años.
2. Suplementos orales de flúor para niños en edad preescolar de 6 meses a 5 años cuya fuente primaria de agua es deficiente en flúor.
3. Suplementos de ácido fólico que contengan de 0,4 a 0,8 mg para las mujeres que planean o pueden quedarse embarazadas.
4. Suplementos de hierro para niños asintomáticos de 6 a 12 meses con mayor riesgo de anemia ferropénica.
5. Administración de suplementos de vitamina D para prevenir las caídas en adultos mayores de 65 años que viven en la comunidad y presentan un mayor riesgo de caídas. Los suplementos de venta libre solo están cubiertos con receta médica.
6. Medicamentos reductores del riesgo de cáncer de mama (como tamoxifeno o raloxifeno) para mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama y bajo riesgo de efectos adversos de la medicación.
7. Dosis bajas de aspirina después de las 12 semanas de gestación para mujeres con alto riesgo de preeclampsia.

Los medicamentos preventivos deben ser recetados por un profesional médico. Los medicamentos de venta con receta preventivos de venta libre deben presentarse con receta, de conformidad con las normas del Plan.

vi. COBERTURA DE LAS VISITAS AL CONSULTORIO

Los servicios preventivos se pagan en función de los baremos de pago del plan para cada servicio. No obstante, puede haber situaciones limitadas en las que una visita al consultorio sea pagadera en virtud de la prestación de servicios preventivos. Las siguientes condiciones se aplican al pago de las visitas al consultorio dentro de la red en virtud de la prestación de servicios preventivos. Las visitas al consultorio fuera de la red no están cubiertas por la prestación de servicios preventivos bajo ninguna condición.

1. Si un artículo o servicio preventivo se factura por separado de una visita al consultorio, el plan impondrá una participación en los gastos con respecto a la visita al consultorio.
2. Si el artículo o servicio preventivo no se factura por separado de la visita al consultorio, y el propósito principal de la visita al consultorio es la prestación de dicho artículo o servicio preventivo, entonces el plan pagará el 100 por ciento de la visita al consultorio.
3. Si el artículo o servicio preventivo no se factura por separado de la visita al consultorio, y el propósito principal de la visita al consultorio no es la prestación de dicho artículo o servicio preventivo, entonces el Plan impondrá un costo compartido con respecto a la visita al consultorio.

ARTÍCULO VII - BENEFICIOS MÉDICOS GLOBALES – EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Sección 7.1. EXCLUSIONES GENERALES

No se pagarán beneficios médicos en virtud del plan por ninguna de las siguientes causas:

- A. Los gastos hospitalarios incurridos en viernes, sábado o domingo en relación con un ingreso en cualquiera de esos días, salvo que el ingreso sea para:
 1. Una "emergencia médica", es decir, una condición grave cuyos síntomas aparecen de forma repentina e inesperada y que requiere la atención inmediata de un médico o una intervención quirúrgica para evitar la muerte o un deterioro grave de la salud de la persona cubierta.
 2. Cirugía o pruebas diagnósticas o procedimientos realizados en relación con la cirugía, si la cirugía está programada para realizarse en un plazo de 24 horas desde el momento del ingreso;
- B. Gastos relacionados con lesiones corporales derivadas del trabajo o en el curso del mismo;
- C. Los gastos ocasionados por cualquier lesión o enfermedad profesional o por cualquier lesión o enfermedad por la que el afiliado haya recibido o sea elegible para recibir una indemnización por esa lesión o enfermedad concreta en virtud de cualquier ley de indemnización por accidentes de trabajo o enfermedad profesional;
- D. Cargos por o en relación con el embarazo de una hija beneficiaria elegible o en relación con un aborto para cualquier persona cubierta excepto (a) cuando la vida de la madre correría peligro si el feto llegara a término o (b) cuando se proporcionan beneficios

- médicos por las complicaciones, pero no por el aborto en sí, excepto que las hijas beneficiarias están cubiertas para ciertos cuidados prenatales y ciertos beneficios de servicios preventivos;
- E. Gastos médicos o exámenes que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de una lesión o enfermedad u otra condición cubierta, o que sean de naturaleza experimental o de investigación;
 - F. Gastos relacionados con los audífonos o la adaptación de audífonos;
 - G. Gastos de cirugía estética o relacionados con la misma, excepto para la reparación de una lesión traumática accidental o una anomalía congénita, en la medida en que estén específicamente cubiertos en el Artículo VI, "Beneficios médicos globales - Gastos cubiertos";
 - H. Excepto en los casos específicamente enumerados en el Artículo IV, "Beneficios médicos globales - Gastos cubiertos", los gastos incurridos por o en relación con cualquier operación o tratamiento (a) de los dientes o encías o (b) en relación con la colocación o el uso de dentaduras postizas o (c) por realineamiento debido a atrofia del maxilar inferior, oclusión, cirugía maxilofacial o retrognatia;
 - I. Gastos relacionados con el tratamiento de una lesión o enfermedad causada por una guerra o un acto de guerra, declarada o no declarada;
 - J. Gastos incurridos fuera de Estados Unidos o Canadá, salvo que estén relacionados con una emergencia médica;
 - K. Cargos por servicios o suministros recibidos de o en instalaciones propiedad o gestionadas por el Gobierno de los Estados Unidos o por servicios y suministros por los que la persona cubierta no está obligada a pagar, a menos y en la medida en que esta exclusión esté prohibida por ley;
 - L. Cargos por tratamiento prestado por condiciones mentales y nerviosas que no están incluidas en la definición de "Condición Psiquiátrica" de este plan. No están cubiertos los gastos de tratamiento por adicción o abuso de cualquier droga, producto químico o sustancia.
 - M. Gastos derivados de una lesión o enfermedad autoinfligida, incluidas sus complicaciones. No obstante, no se excluirán los gastos si la lesión o enfermedad es consecuencia de un acto de violencia doméstica o de un problema de salud física o mental;
 - N. Cargos por o en relación con cualquier operación o procedimiento quirúrgico para alterar, reducir o aumentar el tamaño o la forma de un pecho masculino o femenino, excepto en la medida específicamente indicada en el Artículo VI, "Beneficios médicos globales - Gastos cubiertos";
 - O. Gastos relacionados con el tratamiento de los trastornos del sueño, excepto los enumerados en el Artículo VI, "Beneficios médicos globales - Gastos cubiertos";
 - P. La parte de cualquier cargo que se determine que supera el gasto razonable y habitual;
 - Q. Cualquier gasto, servicio o suministro que no figure específicamente como cubierto en los gastos médicos cubiertos;

- R. Medicamentos no sujetos a prescripción médica, excepto los que figuran específicamente como cubiertos por la prestación de servicios preventivos;
- S. Cuidados oftalmológicos, incluidos, entre otros, exámenes oftalmológicos, refracciones oftalmológicas, gafas y lentes de contacto, excepto en los casos específicamente indicados en los servicios preventivos recomendados;
- T. Gastos incurridos por servicios o suministros no recomendados por un médico;
- U. Gastos contraídos por un particular cuando no está cubierto por el plan;
- V. Cargos incurridos por cuidados de custodia o curas de reposo; por "cuidados de custodia" se entiende cualquiera de los siguientes: (1) cuidados o servicios no relacionados con la salud prestados principalmente para la higiene personal o para realizar o ayudar en las actividades de la vida diaria, incluidos, entre otros, bañarse, alimentarse, vestirse, pasear y tomar medicamentos que puedan autoadministrarse, independientemente del lugar donde se presten o de quién recomiende, preste o dirija los cuidados; (2) servicios relacionados con la salud que no pretendan curar o que no sean susceptibles de reducir sustancialmente la discapacidad o permitir al paciente vivir fuera de una institución que preste cuidados y (3) cuidados o servicios que no requieran ser administrados por personal médico formado para ser prestados con seguridad y eficacia;
- W. Los gastos incurridos por exámenes o pruebas de salud que no sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión u otra condición cubierta o para chequeos de rutina, atención de rutina del recién nacido o atención pediátrica de rutina, excepto en la medida específicamente prevista en los servicios preventivos recomendados;
- X. Gastos por servicios recibidos por una persona cubierta cuando son prestados por un familiar directo de la persona cubierta;
- Y. Los gastos ocasionados por la promoción de la fertilidad o el tratamiento de la infertilidad, incluidos, entre otros, las pruebas de fertilidad, la terapia hormonal, la reversión de la esterilización quirúrgica y la fecundación o fertilización real o tentativa mediante inseminación artificial, fecundación *in vitro* o transferencia de embriones, independientemente de que se trate de una persona cubierta como madre de alquiler, donante o receptora.
- Z. los gastos de tratamiento de manipulación o de la columna vertebral, salvo en la medida específicamente indicada en el artículo VI, "Beneficios médicos globales - Gastos cubiertos"; y
- AA. Los gastos ocasionados como consecuencia de cualquier lesión o enfermedad por la que el participante haya recibido o sea elegible para recibir una indemnización u otra compensación monetaria por esa lesión o enfermedad concreta de cualquier tercero o terceros responsables del pago, incluidas, entre otras, la propia compañía de seguros de motorista no asegurada y la compañía de seguros del propietario de la vivienda del participante.

Sección 7.2. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE SERVICIOS PREVENTIVOS

- A. Los servicios preventivos están cubiertos cuando se realizan por motivos de cribado preventivo y se facturan con los códigos de servicios preventivos adecuados. Los servicios cubiertos por razones de diagnóstico están cubiertos por los beneficios médicos aplicables, no por la prestación de servicios preventivos. Un servicio está cubierto por razones de diagnóstico si el afiliado presentaba síntomas que requerían un diagnóstico más detallado o anomalías detectadas en estudios preventivos o de diagnóstico anteriores que requerían exámenes, pruebas de detección, pruebas, tratamiento u otros servicios adicionales.
- B. Los servicios cubiertos por la prestación de servicios preventivos no son pagaderos también en virtud de otras partes del plan.
- C. El plan utilizará técnicas razonables de gestión médica para controlar los costes de la prestación de servicios preventivos. El plan establecerá normas de tratamiento, entorno, frecuencia y gestión médica para servicios preventivos específicos, que deberán cumplirse para obtener el pago en virtud de la prestación de servicios preventivos.
- D. Las vacunas no están cubiertas, aunque las recomienden los CDC, si la recomendación se basa en el hecho de que existe algún otro factor de riesgo (por ejemplo, sobre la base de indicaciones profesionales, de estilo de vida o de otro tipo). Las vacunas de viaje, por ejemplo, contra la fiebre tifoidea, la fiebre amarilla, el cólera, la peste y el virus de la encefalitis japonesa, no están cubiertas.
- E. Los exámenes, pruebas, artículos o servicios no están cubiertos cuando son experimentales o de investigación, según lo determine el plan.
- F. Los exámenes, pruebas, artículos o servicios no están cubiertos cuando se prestan con los siguientes fines:
 - 1. Cuando sea necesario para fines educativos, deportivos, campamentos, viajes, seguros, matrimonios, adopciones u otros fines no médicos;
 - 2. Cuando estén relacionados con procedimientos judiciales o administrativos;
 - 3. Cuando estén relacionados con investigaciones o ensayos médicos
 - 4. Cuando sea necesario para obtener o mantener un empleo o una licencia de cualquier tipo.
- G. Los siguientes servicios no se tratarán como servicios preventivos, pero por lo demás estarán cubiertos sujetos a los deducibles y coaseguros del plan (pero están excluidos para los hijos dependientes):
 - 1. Servicios de radiología (ecografías obstétricas);
 - 2. Servicios prenatales de alto riesgo;
 - 3. Entrega; y
 - 4. Cuidados postnatales.

- H. Los servicios relacionados con la capacidad reproductora masculina, como las vasectomías y los preservativos, no están cubiertos por la prestación de servicios preventivos.

ARTÍCULO VIII-COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS

Sección 8.1. GENERAL

Dado que no se pretende que se reciban beneficios superiores a los gastos médicos reales incurridos, este plan tiene normas de "coordinación de beneficios" que se aplican siempre que usted o sus dependientes tengan cobertura de "otro plan" además de la cobertura de este plan. Usted y sus dependientes deben notificar sin demora a la Oficina del Fondo la existencia de la otra cobertura para que el plan pueda aplicar estas normas en la tramitación y el pago de las solicitudes de beneficios médicos. El importe a pagar en virtud de este plan tendrá en cuenta cualquier cobertura que usted o sus dependientes tengan en virtud de cualquier otro plan de tipo colectivo y los beneficios se coordinarán para proporcionar un reembolso de hasta el 100% de los gastos cubiertos por cualquiera de los dos planes.

La coordinación de beneficios es un concepto sin duplicación. Establece que si una persona está cubierta por dos o más planes de salud colectivos, el importe de los beneficios pagaderos en virtud de este plan y del otro u otros planes se coordinará de forma que el importe total abonado no supere el 100% del "gasto permitido". Un "gasto permitido" es el gasto necesario, razonable y habitual por servicios médicos, tratamiento o suministros, que está cubierto, al menos en parte, por este plan y por el/los otro(s) plan(es).

En el marco de la coordinación de beneficios, el pago se efectúa sobre una base primaria-secundaria. El plan primario calculará sus beneficios y pagará primero sin tener en cuenta el otro plan. A continuación, el plan secundario reducirá los beneficios según sea necesario, teniendo en cuenta el importe abonado por el plan primario, de forma que el total de los beneficios abonados o proporcionados por todos los planes no supere el 100% del gasto permitido. Ningún plan pagará más de lo que habría pagado si no hubiera intervenido ningún otro plan. Las siguientes normas explican cómo este plan coordina el pago de sus beneficios con otros planes en los que usted o sus dependientes puedan estar cubiertos.

Sección 8.2. CÓMO FUNCIONA LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Los miembros de una familia suelen estar cubiertos por más de un seguro de enfermedad colectivo. Como resultado, dos o más planes están pagando el mismo gasto.

Sección 8.3. DEFINICIONES

- A. A efectos de esta sección, el término "plan" incluye cualquier plan que proporcione beneficios o servicios para o por razón de Hospital o atención médica que es proporcionada por:
1. Cobertura colectiva, de deducible o global, asegurada o no asegurada.
 2. Cobertura colectiva Blue Cross, Blue Shield, hospitalaria, HMO, PPO y otras coberturas de prepago proporcionadas de forma colectiva, salvo que el cargo de suscripción o el pago de la prima sea efectuado directamente por la persona cubierta a la organización que proporciona la cobertura.
 3. Cualquier cobertura en el marco de planes de fideicomiso obrero-patronales, planes de previsión social sindicales, planes de organizaciones empresariales,

planes de organizaciones de beneficios para empleados o cualquier otro acuerdo de beneficios para individuos de un grupo.

4. Cualquier cobertura bajo programas gubernamentales y cualquier cobertura requerida o proporcionada por cualquier estatuto, como Medicare, Medicaid e indemnización laboral.
5. Cualquier cobertura para estudiantes en virtud de un plan o programa patrocinado por una institución educativa escolar o proporcionado a través de ella.
6. Cualquier cobertura de una póliza individual sin culpa.

"Plan" se interpretará por separado con respecto a cada póliza, contrato u otro acuerdo que se reserve el derecho de tomar en consideración los beneficios o servicios de otros planes para determinar sus beneficios y la parte que no lo haga.

"Este plan" se refiere a la parte del Southwest Health Benefits Plan que proporciona beneficios para hospitales y médicos y que están sujetas a esta disposición.

- B. "Gasto permitido" significa cualquier gasto médicamente necesario, razonable y habitual, al menos una parte del cual está cubierto por uno o más planes que cubren al individuo para el cual se hace el reclamo.
- C. "Periodo de determinación de reclamos" significa un año calendario o cualquier parte del mismo durante el cual usted o sus dependientes están cubiertos por este plan.

Sección 8.4. ORDEN DE DETERMINACIÓN

- A. Cuando un plan no tenga limitaciones frente a los pagos efectuados en virtud de cualquier otro plan colectivo, se considerará el plan principal y efectuará el pago en primer lugar.
- B. En caso de que dos o más de los planes implicados establezcan una limitación contra la duplicación de beneficios, se aplicarán las siguientes normas.
 1. **Beneficiario/No beneficiario.** Los beneficios del plan que cubre a la persona como trabajador por cuenta ajena (es decir, no como beneficiario) se determinan antes que las del plan que cubre a la persona como beneficiario.
 - 2.
 3. **Hijo dependiente/Padres no separados o divorciados.** El plan principal para los gastos de los hijos cuando los padres no estén separados o divorciados se determinará por las fechas de nacimiento, excluido el año de nacimiento, de los progenitores. El plan del progenitor cuyo mes y día de nacimiento sea anterior en el año será el plan principal. Si ambos progenitores cumplen años el mismo día, o si el otro plan no tiene una norma similar a esta, el plan que haya cubierto al progenitor durante más tiempo será el pagador principal y el plan que haya cubierto al otro progenitor durante un periodo más corto será el pagador secundario.
 4. **Hijo dependiente de padres separados o divorciados.** Para los gastos de los hijos cuando los progenitores están separados o divorciados, si existe una sentencia judicial que establezca la responsabilidad de la financiación de los gastos médicos, dentales u otros gastos de atención médica con respecto a los hijos, los

beneficios se determinan de conformidad con la sentencia judicial. En caso contrario, los beneficios para el hijo se determinan en este orden:

- a. El plan del progenitor que tiene la custodia del menor;
 - b. El plan del cónyuge del progenitor que tiene la custodia del menor; y
 - c. el plan del progenitor que no tiene la custodia del menor.
5. **Custodia compartida.** Si los términos específicos de una sentencia judicial establecen que los progenitores compartirán la custodia compartida, sin indicar que uno de los progenitores es responsable de los gastos de atención médica del hijo, los planes que cubren a dicho hijo seguirán las normas de determinación del orden de beneficios descritas en el punto 2 anterior.
6. **Empleado activo/inactivo.** Si las reglas anteriores no crean un "Orden de determinación de beneficios", el plan primario será el que haya cubierto a la persona durante el periodo de tiempo más largo, con la siguiente excepción:

Los beneficios de un plan que cubra a la persona como empleado despedido o jubilado o beneficiario de dicha persona, se determinarán después del beneficio de cualquier otro plan que cubra a la persona como empleado.

7. **Continuación de la cobertura.** Si una persona cuya cobertura se proporciona en virtud de un derecho de continuación conforme a la legislación federal o estatal también está cubierta por otro plan, el orden de determinación de los beneficios será el siguiente:
- a. Los beneficios de un plan que cubra a la persona como empleado (o como su beneficiario);
 - b. Los beneficios de continuación de la cobertura.

Si el otro plan no tiene la regla descrita anteriormente y, como consecuencia, los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de los beneficios, se ignora esta regla.

8. Si el otro plan carece de una cláusula de coordinación de beneficios, será el plan principal.
9. **Disposiciones generales.** Cuando este plan abone beneficios reducidos debido a la disposición sobre coordinación de beneficios, solo se imputará a los límites del plan el importe reducido.

Si otro plan abona beneficios que deberían haberse reducido debido a la coordinación de beneficios, el plan puede, a su elección, abonar al otro plan el importe en que deberían haberse reducido los beneficios. Los importes así pagados se considerarán beneficios en virtud de este plan y reducirán el pasivo del plan en la medida de dicho pago.

Si el plan ha efectuado el pago de algún gasto que supere lo permitido por la coordinación de beneficios, el plan tiene derecho a recuperar dicho importe de cualquier parte que haya recibido dicho pago.

Si otro plan es el principal según las normas de coordinación de beneficios de este plan y contiene una disposición que limita sus beneficios para una persona elegible o sus beneficiarios que tiene el efecto de trasladar la responsabilidad de la cobertura primaria a este plan de una manera diseñada para evitar el funcionamiento habitual de las normas de coordinación de beneficios de la National Association of Insurance Commission (NAIC) y de este plan, este plan no será responsable de proporcionar beneficios hasta que el plan principal proporcione sus beneficios habituales determinados sin tener en cuenta dicho límite.

En ningún caso el importe abonado en virtud de este plan superará el que se habría abonado de no existir otro plan en cuestión. Cuando se produce un reclamo, el plan primario abona los beneficios sin tener en cuenta los demás planes. Los planes secundarios ajustan sus beneficios para que el total de los beneficios disponibles no supere los gastos permitidos. Ningún plan paga más de lo que pagaría sin la disposición COB.

Sección 8.5. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS CON MEDICARE

- A. "Medicare" significa el programa de beneficios de atención médica previsto en el Título XVIII de la Ley de Seguro Social de 1965, en su versión modificada. Los beneficios de Medicare solo están disponibles en Estados Unidos. Los extranjeros residentes solo tienen derecho a Medicare si tienen derecho a los beneficios del Seguro Social o si han vivido en Estados Unidos durante al menos cinco (5) años.
- B. El plan será el pagador primario de Medicare únicamente:
1. Para un trabajador en activo de 65 años o más;
 2. Para el cónyuge de un empleado activo de 65 años o más;
 3. Durante los primeros 30 meses de tratamiento de una enfermedad renal terminal recibido por un participante;
 4. para las personas discapacitadas a cargo de los empleados activos, y
 5. Cuando así lo exija explícitamente la legislación federal.

Sin embargo, la referencia a empleado activo en todo este plan no incluye a los empleados despedidos, jubilados, antiguos empleados bajo las disposiciones COBRA o de Autopago del plan, ni a los participantes que no estén cubiertos por razón de su situación laboral actual.

Cuando no se apliquen las reglas anteriores, el plan abonará sus beneficios solo después de que Medicare haya pagado las suyas.

Nota: Si reúne los requisitos de elegibilidad para Medicare, el plan solo abonará los beneficios hasta el importe que se pagaría según las normas anteriores, independientemente de que haya solicitado o no los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Dado que sus beneficios pueden verse afectadas por Medicare, le recomendamos que se ponga en contacto con su oficina local del Seguro Social para obtener información sobre Medicare. Deberá hacerlo antes de cumplir 65 años o de que su cónyuge los cumpla o si usted o una de sus dependientes queda inválido. La cobertura de Medicare, incluso de forma secundaria, puede proporcionar valiosos beneficios.

- C. Dado que los beneficios no pueden duplicarse, los beneficios proporcionados en virtud de este plan podrán coordinarse con cualquier beneficio de Medicare que el empleado o sus dependientes reciban realmente en virtud de su inscripción en los beneficios de Medicare.

Mientras el empleado o sus dependientes sigan siendo empleados activos y reúnan los requisitos de elegibilidad para este plan, todas las demás beneficios previstas en el plan seguirán plenamente vigentes, independientemente de que reúnan o no los requisitos de elegibilidad para los beneficios médicos previstos en el Programa Medicare.

Sección 8.6. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS CON MEDICAID

Si usted, sus dependientes o el receptor alternativo tienen derecho a recibir beneficios en virtud de un plan estatal de asistencia médica aprobado conforme al Título XIX de la Ley del Seguro Social, este plan será el primario.

El pago de los beneficios se efectuará de acuerdo con cualquier cesión de derechos realizada por usted o en su nombre o en el de sus dependientes o el receptor alternativo, tal como exige Medicaid en virtud de §912(a)(1)(A) de la Ley de Seguro Social de 42 U.S.C §1396k(a)(1)(A). Si este plan tiene la obligación legal de pagar beneficios y, en la medida en que el pago se haya realizado en virtud de Medicaid, el pago de los beneficios de este plan se realizará de acuerdo con la ley estatal de Medicaid, que establece que el estado ha adquirido los derechos con respecto a usted, su beneficiario o receptor alternativo para el pago de dichas beneficios.

En caso de que Medicaid presente un reclamo directamente al plan por los servicios prestados a un beneficiario participante después de la fecha límite del Fondo para la presentación de reclamos y el plan está obligado a pagar dicho reclamo conforme a la ley federal, el plan procesará dicho reclamo como un reclamo fuera de la red y pagará el 100% de los cargos aprobados por Medicaid o el porcentaje de copago fuera de la red aplicable del cargo total facturado, lo que sea menor.

Se aplicarán las disposiciones del artículo 1908 de la Ley de Seguro Social en la medida en que dichas disposiciones sean conformes con la ley estatal de Medicaid.

Sección 8.7. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS CON PROGRAMAS ESTATALES Y FEDERALES DISTINTOS DE MEDICARE O MEDICAID

- A. Si un empleado o beneficiario es elegible para cobertura bajo un programa gubernamental de beneficios de salud o un programa establecido bajo un estatuto estatal o federal, ya sea que se haya hecho o no la elección para obtener dicha cobertura, la cantidad de beneficios pagados por ambos planes no excederá el cien por ciento (100%) del menor de los gastos razonables y habituales o los cargos negociados PPO cubiertos bajo este Plan.
- B. Los beneficios serán abonados en primer lugar por el otro plan, salvo que la ley disponga lo contrario, tras lo cual este plan efectuará el pago coordinado de los beneficios. En ningún caso, el importe de los beneficios abonados en virtud de este plan superará el importe que se habría abonado si no existiera ningún otro plan.

Sección 8.8. DERECHO A LA RECUPERACIÓN

Si el plan paga más a o para un participante de lo requerido según las disposiciones de

coordinación de beneficios establecidas en este Artículo VIII, el Fondo tiene derecho a recuperar los pagos en exceso de cualquier persona, proveedor o compañía a o para o con respecto a quien se hicieron dichos pagos. Los participantes cooperarán plenamente con el plan proporcionando documentación y tomando cualquier medida que el plan razonablemente requiera para ayudar a recuperar el sobrepago.

ARTÍCULO IX-SUBROGACIÓN Y REEMBOLSO

Sección 9.1. SUBROGACIÓN Y REEMBOLSO

- A.** Si se lesiona o sufre lesiones en cualquier tipo de accidente, según se identifica a continuación, en la medida en que el plan realice el pago de los beneficios en virtud del plan, este se subrogará plenamente en todos sus derechos de recuperación derivados de:
1. Cualquier reclamo o causa de acción que pueda acumularse debido a la supuesta conducta negligente de un tercero y/o sus aseguradores, incluida cualquier reclamo contra su propio asegurador derivada de las disposiciones de la cobertura de conductores no asegurados de una póliza de seguro o de una póliza de propietario de vivienda emitida a su favor; y
 2. Cualquier reclamo o causa de acción que pueda acumularse debido a un suceso que dé lugar a un reclamo en virtud de las leyes de responsabilidad de productos de cualquier estado y cualquier reclamo o causa de acción que pueda acumularse debido a un suceso que dé lugar a un reclamo en virtud de la ley de compensación de empleados de cualquier estado.
- B.** El Fondo tendrá derecho al reembolso o a la subrogación independientemente de que usted haya sido resarcido o no. Los derechos del Fondo no estarán sujetos a reducción en virtud de ninguna doctrina de fondo común, doctrina de fondo de abogados o cualquier reclamo o teoría similar.
- C. Certificación y acuerdo**

El plan solo efectuará el pago de dichos reclamos una vez que usted certifique que aún no se ha abonado ninguna otra suma en satisfacción de las mismas; que el reclamo elegible a un tercero es objeto de disputa; que el causante del daño y/o su asegurador estén reteniendo el pago a la espera de la resolución de dicha disputa; y solo una vez que usted haya suscrito el Acuerdo de Subrogación y Reembolso estándar del Fondo, y el de su abogado, si procede, en el que usted acepta lo siguiente:

1. Reembolsar al Fondo el producto de cualquier recuperación obtenida de terceros, incluida su propia Aseguradora de automovilistas no asegurados, ya sea mediante litigio, acuerdo o de otro modo, antes del pago de cualquier otro reclamo;
2. A reembolsar al Fondo cualquier importe bruto recuperado por usted, antes de cualquier pago de honorarios de abogados y costas por su parte;
3. Facilitar al Fondo toda la información y documentos necesarios y razonables a criterio exclusivo de los Administradores y ayudar de cualquier otro modo a los Administradores a recuperar todas las cantidades abonadas por el Fondo que estén sujetas al acuerdo;

4. Ejecutar y entregar todos los instrumentos necesarios que los Administradores puedan requerir para facilitar la ejecución de sus derechos;
5. Reconocer que el Fondo no tiene la obligación de pagarle a usted ni a su abogado ninguna cantidad gastada en honorarios de abogados y costas procesales en la tramitación de los reclamos contra terceros, incluidos sus propios Aseguradores;
6. Reembolsar al Fondo y resarcirlo de cualquier otro modo por todos los honorarios de abogados y costas que los administradores y/o el Fondo deban abonar en litigios u otras acciones, en cualquier foro, para hacer cumplir los términos del plan y/o el acuerdo de subrogación y reembolso suscrito por el solicitante;
7. Que no se llegará a ningún acuerdo con terceros ni se concederá exención alguna a terceros o aseguradoras sin el consentimiento por escrito de los Administradores;
8. Proteger el derecho del Fondo a la recuperación en virtud del acuerdo de subrogación y reembolso y no hacer nada que perjudique en modo alguno estos derechos. Los Administradores serán los únicos facultados para determinar la cuantía de la recuperación de cualquier tercero, asegurador o Aseguradora de accidentes de trabajo;
9. Actuar como Administrador constructivo sobre todos y cada uno de los ingresos recuperados por usted de un tercero responsable, ya sea por acuerdo, laudo o sentencia y reconocer que el hecho de no mantener dichos fondos en fideicomiso se considerará un incumplimiento por su parte de las obligaciones establecidas en el presente artículo; y
10. En caso de que usted no coopere plenamente con los Administradores de conformidad con esta Sección o con el acuerdo de subrogación y reembolso escrito, el Fondo dejará de efectuar pagos en relación con el accidente o la lesión que dio lugar a los derechos de subrogación y reembolso del Fondo y todos los montos pagados previamente por el Fondo pasarán inmediatamente a ser exigibles y pagaderos al Fondo.

D. Gravámenes del Fondo sobre los ingresos recuperados

El Fondo tiene un derecho de retención equitativo sobre todos y cada uno de los ingresos recuperados por usted hasta el importe total de los beneficios médicos que el Fondo le haya pagado a usted o en su nombre. Este derecho de retención equitativo se aplicará a cualquier dinero o propiedad que obtenga cualquier persona o entidad (incluidos, entre otros, usted, cualquier fideicomiso o su(s) abogado(s)) como resultado del ejercicio de su derecho de recuperación. El Fondo también tendrá derecho a interponer cualquier otro recurso equitativo contra cualquier parte que posea o controle dicho producto. El Fondo tendrá automáticamente un derecho de retención prioritario sobre el producto de cualquier indemnización que usted o su(s) familiar(es) dependiente(s) reciba(n) de un tercero, en la medida en que el plan otorgue beneficios a usted o a su(s) familiar(es) dependiente(s). Usted o la(s) persona(s) a su cargo, o su representante, deberá(n) suscribir los documentos necesarios para garantizar los derechos del plan. La ausencia de un Acuerdo escrito por separado no invalidará en modo alguno los derechos de subrogación y reembolso del plan establecidos en este Artículo.

E. Derecho de recuperación/compensación.

Los Administradores pueden iniciar acciones legales contra usted para recuperar los beneficios pagados o, a su discreción, los Administradores pueden retener el pago de y/o aplicar un deducible contra reclamos posteriores o previamente existentes no relacionadas para recuperar los importes adeudados al Fondo, en caso de que usted o sus dependientes se nieguen o no reembolsen al Fondo tras el cobro de cualquier suma.

En caso de que el plan pague beneficios por reclamos no cubiertos por el plan, los Administradores están autorizados a deducir dicho pago de todas y cada uno de los reclamos futuros presentados por usted o por sus dependientes elegibles hasta que se recupere la totalidad de dicho reembolso. Alternativamente, los Administradores pueden emprender acciones legales contra usted o sus empleados elegibles para recuperar los beneficios abonados en exceso. Si se entabla un litigio con este fin, los Administradores están autorizados a recuperar, en nombre del plan, todos los costes, gastos y honorarios de abogados desembolsados para obtener el reembolso de dichas beneficios pagadas en exceso.

F. Una vez reembolsados al Fondo todos o algunos de los montos adeudados por reclamos pagados en relación con un accidente o lesión, el Fondo no tendrá obligación de pagar ningún reclamo adicional relacionado en el futuro y el Fondo impondrá un deducible por el monto de su recuperación neta o la de sus dependientes, si la hubiera, para compensar cualquier reclamo relacionado futuro que pueda ser presentada por usted o sus dependientes o en su nombre.

Sección 9.2. PAGOS EN EXCESO Y PAGOS INDEBIDOS

En caso de que el plan pague un reclamo por error, pague en exceso un reclamo o realice un pago indebido sobre un reclamo, a o para un participante o exparticipante por cualquier motivo, los Administradores tendrán derecho a obtener el reembolso de dicho pago directamente del participante, exparticipante o cualquier tercero a quien se haya efectuado el pago, y el participante, exparticipante o tercero estará obligado a reembolsar al plan dicho pago.

Los Administradores tendrán asimismo derecho a obtener el reembolso mediante compensación de cualquier beneficio relacionado o no relacionado, posterior o previamente existente, debida al participante o exparticipante o en su favor. Además, si un participante no cumple con los requisitos de notificación descritos en el Artículo X, incluyendo pero sin limitarse a la falta de notificación oportuna al plan de un cambio de domicilio, cambio en la condición de beneficiario u otro cambio que afecte la cobertura bajo el plan, y como resultado el Plan (i) hace un pago erróneo, un pago indebido o un pago en exceso, incluyendo pero sin limitarse a un pago a o para un individuo que ya no está cubierto o un pago que se envía por correo a una dirección equivocada y luego es cobrado por una persona no autorizada, y (ii) no recupera dicho pago después de notificarlo y exigirlo, entonces el participante y cualquier tercero que reciba el pago estarán obligados a reembolsar dicho pago al plan y los Administradores tendrán derecho a obtener el reembolso de dicho pago directamente del participante o del tercero o a través de una compensación de cualquier beneficio relacionado o no relacionado, existente o futuro, que se deba al participante o a cualquier familiar cubierto.

Sección 9.3. DECLARACIONES ERRÓNEAS

Los Administradores podrán retener o denegar el pago de cualquier reclamo que consideren razonablemente que se basa en hechos o declaraciones falsos o erróneos por parte de cualquier participante o beneficiario o proveedor de servicios o suministros cubiertos y tendrán derecho a obtener el reembolso de cualquier pago efectuado sobre la base de dichas

declaraciones falsas o erróneas por parte del participante o de cualquier tercero a quien se haya efectuado el pago en nombre del participante, en toda la extensión descrita en la Sección 9.3 con respecto a pagos erróneos, pagos indebidos y sobrepagos. Además, si un participante realiza declaraciones falsas a sabiendas en cualquier documento que sirva de base para el pago de los reclamos del plan, los Administradores estarán facultados para declarar a dicho participante no elegible para la cobertura del Plan por un período que no exceda los seis (6) trimestres calendario consecutivos.

ARTÍCULO X - PROCEDIMIENTOS DE RECLAMO, APELACIONES Y REVISIONES

Sección 10.1. DEFINICIONES RELATIVAS A LOS RECLAMOS

- A. Determinación adversa de beneficios.** Por "determinación adversa de beneficios" se entiende toda denegación, reducción, rescisión o no concesión o pago de un beneficio (total o parcial) con cargo al Fondo. Una "Determinación adversa de beneficios" también incluye las "rescisiones" de cobertura, independientemente de si existe un efecto adverso sobre algún beneficio concreta en el momento del reclamo. Una "rescisión" suele ser una cancelación o interrupción de la cobertura con efecto retroactivo por motivos distintos al impago de las primas por parte del solicitante.
- B. Reclamo.** "Reclamo" significa un reclamo de beneficios presentado por un solicitante de conformidad con los procedimientos razonables del Fondo.
- C. Reclamo concurrente.** "Reclamo concurrente" significa un reclamo que se reconsidera tras una aprobación inicial que da lugar a una reducción, terminación o ampliación de un beneficio.
- D. Reclamo por incapacidad.** "Reclamo por incapacidad" significa un reclamo que requiere una constatación de invalidez total como condición de elegibilidad. Esto incluye los reclamos de continuación de la elegibilidad mientras se está totalmente incapacitado.
- E. Reclamo posterior al servicio.** "Reclamo posterior al servicio" significa un reclamo de beneficios que no es un reclamo anterior al servicio.
- F. Reclamo previa al servicio.** "Reclamo previo al beneficio": reclamo de un beneficio para que el Fondo condicione la cobertura, total o parcial, a su aprobación antes de recibir los servicios o el tratamiento.
- G. Reclamo urgente.** "Reclamo urgente" significa un reclamo de atención o tratamiento médico en la que la aplicación de los plazos normales para la autorización previa al servicio podría poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima del reclamante o sometería al reclamante a un dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento objeto del reclamo. El plan aceptará la opinión del médico tratante de que el reclamo reúne los requisitos para cualquiera de las condiciones descritas.

Sección 10.2. PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS

- A. Representantes autorizados.** Un participante o beneficiario puede nombrar a un representante autorizado para que presente reclamos, solicite revisiones, reciba correspondencia y actúe de cualquier otro modo en nombre de la persona con respecto al procedimiento de reclamos y al procedimiento de revisión de reclamos en virtud del plan; para ello, el participante debe completar y enviar al plan un formulario aceptable.

Con respecto a un reclamo de asistencia urgente, se permitirá que un proveedor de atención médica con conocimiento de la condición médica del participante actúe como el representante autorizado del participante, incluso si el formulario correspondiente no ha sido terminado.

B. Reclamos previos al servicio. Todos los ingresos en régimen de hospitalización, tal y como se describen en el cuadro de beneficios, requieren la certificación previa de la Compañía de revisión de la utilización del plan. Todos los ingresos hospitalarios de emergencia requieren la certificación de la compañía de revisión de utilización del Plan en las 48 horas siguientes al ingreso. Estos requisitos se aplican independientemente de si se ha presentado o debe presentarse un formulario de reclamo.

1. Reclamo previo a la prestación de servicios es un reclamo de beneficios para el cual el Fondo requiere aprobación antes de que se obtenga atención médica. El Fondo exige que todos los ingresos hospitalarios sean precertificados. La obtención de la precertificación o aprobación previa de estos servicios se trata como un reclamo previo al servicio. Los reclamos previos al servicio deben presentarse llamando a BlueCross BlueShield al 1-800-433-3232.
2. En el caso de los reclamos previos a la prestación de servicios presentados correctamente, se notificará la decisión al reclamante en un plazo de 15 días a partir de la recepción del reclamo, a menos que sea necesario un plazo adicional. El plazo de respuesta podrá ampliarse hasta 15 días si fuera necesario por causas ajenas al Fondo. Se notificarán al solicitante las circunstancias que requieren la ampliación del plazo y la fecha en la que se espera que se dicte una resolución.
3. Si es necesaria una prórroga porque el Fondo necesita información adicional del solicitante, se notificará a este, antes de que finalice el plazo inicial de 15 días, la información que necesita. El solicitante dispondrá de 45 días a partir de la recepción de la notificación para facilitar la información adicional. Si no se facilita la información en ese plazo, se denegará el reclamo. Durante el periodo en el que se permite al solicitante facilitar información adicional, se suspenderá el plazo normal para tomar una decisión sobre el reclamo. El plazo se suspende desde la fecha del aviso de prórroga hasta 45 días o la fecha en que el solicitante responda a la solicitud, lo que ocurra primero. El Fondo dispone entonces de 15 días para tomar una decisión sobre el reclamo y notificársela al solicitante.

Si un solicitante presenta indebidamente un reclamo previo a la prestación del servicio, se le notificará lo antes posible, pero a más tardar 5 días después de la recepción del reclamo, los procedimientos adecuados que debe seguir para presentar un reclamo. A menos que el reclamo se vuelva a presentar correctamente, no constituirá un reclamo.

C. Reclamos urgentes. Los reclamos urgentes deben presentarse llamando a BlueCross BlueShield al 1-800- 433-3232.

BlueCross BlueShield determinará si un reclamo es un reclamo urgente aplicando el juicio de una persona prudente que posea un conocimiento medio de salud y medicina. BlueCross BlueShield responderá con una determinación por teléfono tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 72 horas tras la recepción del reclamo por parte de BlueCross BlueShield. La decisión también se confirmará por escrito.

Si se recibe un reclamo urgente sin información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos o son pagaderos, o en qué medida, BlueCross BlueShield notificará al solicitante, en un plazo máximo de 24 horas tras la recepción del reclamo,

la información específica necesaria para completar el reclamo. El solicitante debe facilitar la información especificada en un plazo de 48 horas. Si la información no se facilita a BlueCross BlueShield dentro de ese plazo, el reclamo será denegado.

La notificación de la decisión se realizará en un plazo máximo de 48 horas desde que BlueCross BlueShield reciba la información especificada o desde que finalice el plazo de 48 horas concedido al solicitante para facilitar dicha información, según qué condición se cumpla primero.

Si un solicitante presenta indebidamente un reclamo urgente, BlueCross BlueShield notificará al solicitante lo antes posible, pero no más tarde de 24 horas tras la recepción del reclamo, los procedimientos adecuados que debe seguir para presentar un reclamo. A menos que el reclamo se materialice adecuadamente, no constituirá un reclamo.

En el caso de un reclamo de asistencia urgente, un proveedor de atención médica que conozca el estado de salud de la persona interesada podrá actuar como representante autorizado.

- D. Reclamos concurrentes.** La reconsideración de un beneficio con respecto a un reclamo concurrente que implique la finalización o reducción de un beneficio previamente aprobado (que no sea por modificación o finalización del plan) será realizada por BlueCross BlueShield lo antes posible. En cualquier caso, el interesado dispondrá de tiempo suficiente para solicitar una apelación y que este se resuelva antes de que se reduzca o suprima el beneficio.

BlueCross BlueShield responderá a cualquier solicitud de un reclamante para ampliar un reclamo urgente aprobada en un plazo de 24 horas desde la recepción del reclamo, siempre que el reclamo se reciba al menos 24 horas antes del vencimiento del reclamo urgente aprobado. Una solicitud de prórroga de un tratamiento aprobado que no implique un reclamo urgente se decidirá de acuerdo con las directrices para reclamos previos o posteriores al servicio, según corresponda.

- E. Reclamos posteriores al servicio.** Para que un reclamo de beneficios se considere un reclamo posterior al cese en el servicio, deberá completarse un formulario de reclamos en nombre de la persona para la que se presenta el reclamo y remitirse a la Oficina del Fondo junto con la factura o facturas desglosadas. La factura detallada debe incluir la siguiente información:

1. Nombre del paciente;
2. fecha de servicio;
3. tipo de servicio o código de procedimiento;
4. diagnóstico o código de diagnóstico;
5. gastos facturados;
6. el número de identificación fiscal (NIF) del proveedor; y
7. nombre y dirección de facturación del proveedor.

El reclamo debe presentarse a la Oficina del Fondo en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que se incurrió por primera vez en los gastos, a menos que el trabajador demuestre que no le ha sido razonablemente posible dar aviso dentro de dicho plazo. En ningún caso se concederán beneficios si la notificación del reclamo se efectúa después de transcurrido un año desde la fecha en que se incurrió en los gastos.

Los reclamos deben enviarse a la Oficina del Fondo, a la siguiente dirección:

Southwest Health Benefits Fund
8441 Gulf Freeway, Suite 304
Houston, TX 77017

Por lo general, las decisiones sobre los reclamos posteriores al cese en el servicio se notificarán a los solicitantes en un plazo de 30 días a partir de la recepción del reclamo por parte del Fondo. Este plazo podrá ser prorrogado una sola vez por el Fondo hasta un máximo de 15 días, siempre que la prórroga sea necesaria por causas ajenas a la voluntad del Fondo. En caso de que sea necesaria una prórroga, se notificarán al solicitante, antes de que finalice el plazo inicial de 30 días, las circunstancias que exigen la prórroga y la fecha en la que el Fondo espera emitir una decisión.

Si se requiere una prórroga debido a que el Fondo necesita información adicional del solicitante, el Fondo emitirá una solicitud de información adicional en la que se especificará la información necesaria. El solicitante dispondrá de 45 días a partir de la recepción de la notificación para facilitar la información adicional. Si no se facilita la información en ese plazo, se denegará el reclamo. Durante el periodo de 45 días en el que el solicitante puede facilitar información adicional, se suspenderá el plazo normal para tomar una decisión sobre el reclamo. El plazo se suspende desde la fecha de la solicitud de información adicional hasta 45 días o hasta la fecha en que el solicitante responda a la solicitud (lo que ocurra antes). El Fondo dispone entonces de 15 días para tomar una decisión sobre el reclamo y notificársela al solicitante.

Si el Fondo determina que se requiere información adicional del solicitante, puede emitir una solicitud combinada de información adicional y notificación de determinación adversa de beneficios. La notificación de determinación adversa de beneficios solo sería aplicable en caso de que el solicitante no facilite ninguna información en el plazo de 45 días. En este caso, el Fondo no emitiría una notificación separada de determinación adversa de beneficios si el solicitante no presentara ninguna información en el plazo de 45 días. La notificación combinada indicará claramente que la solicitud será denegada en caso de que el solicitante no presente ninguna información en respuesta a la solicitud del Fondo, y cumplirá los requisitos de contenido tanto de la solicitud de información adicional como de la notificación de determinación adversa de beneficios.

Cuando se utiliza la notificación combinada, el plazo para recurrir la determinación adversa de beneficios empieza a contar al final del periodo de 45 días establecido en la notificación combinada para presentar la información solicitada.

- F. Reclamos por incapacidad.** Las solicitudes de indemnización por incapacidad deben presentarse a la Oficina del Fondo por escrito, utilizando el formulario de reclamos correspondiente. Puede obtenerse un formulario de reclamos dirigiéndose a la Oficina del Fondo.

El Fondo tomará una decisión sobre el reclamo y la notificará al solicitante en un plazo de 45 días. En caso de que el Fondo necesite una prórroga por causas ajenas a su voluntad, notificará al solicitante el motivo del retraso e indicará cuándo se tomará la decisión. Esta notificación se producirá antes de que expire el plazo de 45 días. La decisión se tomará en un plazo de 30 días a partir del momento en que el Fondo notifique el retraso al solicitante. El plazo para tomar una decisión puede prorrogarse 30 días más, siempre que el Fondo notifique al solicitante, antes de que expire el primer plazo de prórroga de 30 días, las circunstancias que exigen la prórroga y la fecha a partir

de la cual el Fondo espera tomar una decisión.

En caso de que sea necesaria una prórroga porque el Fondo necesite información adicional del solicitante, el aviso de prórroga especificará la información necesaria. En ese caso, el solicitante dispondrá de 45 días a partir de la recepción de la notificación para facilitar la información adicional. En caso de que no se facilite la información en ese plazo, se denegará la solicitud. Durante el periodo de 45 días en el que el solicitante puede facilitar información adicional, se suspenderá el plazo normal para tomar una decisión sobre el reclamo. El plazo se suspende desde la fecha de la notificación de prórroga hasta 45 días o hasta la fecha en que el solicitante responda a la solicitud, lo que ocurra primero. Una vez que el solicitante responda a la solicitud de información, se le notificará la decisión sobre el reclamo en un plazo de 30 días.

G. Notificación de determinación inicial de beneficios. El solicitante recibirá una notificación por escrito de la decisión inicial sobre el beneficio. En caso de que la determinación sea una determinación adversa de beneficios, la notificación incluirá:

1. Motivo(s) específico(s) de la resolución;
2. Referencia a la(s) disposición(es) específica(s) del plan en la(s) que se basa la determinación;
3. Una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para perfeccionar la demanda y una explicación de por qué el material o la información son necesarios;
4. Una descripción de los procedimientos de apelación (incluidos las apelaciones voluntarias, en su caso) y los plazos aplicables;
5. Una declaración del derecho del solicitante a entablar una acción civil en virtud de ERISA Sección 502(a) tras la apelación de una determinación adversa de beneficios;
6. En caso de que se haya recurrido a una norma, directriz o protocolo interno para resolver el reclamo, una declaración en la que se indique que se puede solicitar una copia sin coste alguno;
7. En caso de que la determinación se haya basado en la ausencia de necesidad médica o porque el tratamiento era experimental o de investigación u otra exclusión similar, una declaración de que se dispone de una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, previa solicitud y sin coste alguno.

Sección 10.3. PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN

En caso de que se deniegue total o parcialmente una solicitud o de que el solicitante no esté de acuerdo con la decisión adoptada al respecto, podrá recurrir la decisión.

A. Las apelaciones contra las determinaciones adversas de beneficios en relación con las solicitudes posteriores a la separación del servicio y las solicitudes de beneficios por incapacidad deben presentarse por escrito a la Oficina del Fondo en un plazo de 180 días a partir de la recepción de la notificación de determinación adversa de beneficios y deben incluir lo siguiente:

1. el nombre y la dirección del paciente;

2. el nombre y la dirección del solicitante, si son diferentes;
 3. la fecha de la determinación adversa de beneficios; y
 4. el fundamento de la apelación, es decir, la(s) razón(es) por la(s) que no debe denegarse el reclamo.
- B. Las apelaciones de las determinaciones adversas de beneficios relativas a reclamos urgentes y reclamos previos al servicio pueden realizarse oralmente en un plazo de 180 días tras la recepción del aviso de determinación adversa de beneficios llamando a BlueCross BlueShield al 1-800-433-3232.
- C. Las apelaciones de las determinaciones adversas de beneficios relativas a reclamos concurrentes pueden realizarse oralmente llamando a BlueCross BlueShield al 1-800-433-3232. Para un reclamo concurrente que implique una terminación o reducción de la atención previamente aprobada, no hay un plazo establecido para apelar; sin embargo, la apelación debe completarse antes de que se termine o reduzca la atención. Para un reclamo concurrente relativo a una extensión de la atención, el plazo de apelación será el plazo de un reclamo urgente, previa al servicio o posterior al servicio, cualquiera que sea la categoría aplicable a la apelación.

Sección 10.4. EL PROCESO DE APELACIÓN

- A. El solicitante tendrá la oportunidad de presentar comentarios por escrito, documentos y otra información para su consideración durante la apelación, incluso si dicha información fue presentada o considerada como parte de la determinación inicial de beneficios. Se facilitará al solicitante, previa solicitud y de forma gratuita, un acceso razonable a todos los documentos pertinentes relativos a su reclamo, así como copias de los mismos.
- B. La apelación será revisada por una persona distinta de la que tomó la decisión adversa de beneficios inicial. El revisor no dará preferencia a la determinación adversa de beneficios inicial. La decisión se adoptará sobre la base del expediente, incluidos los documentos y observaciones adicionales que pueda presentar el solicitante.
- C. Si el reclamo fue denegado sobre la base de un juicio médico (como la determinación de que el tratamiento o servicio no era médicamente necesario o era experimental y de investigación), se consultará a un profesional de la salud que tenga la formación y experiencia adecuadas en un campo pertinente de la medicina. Previa solicitud, se facilitará al solicitante la identificación de los peritos médicos o profesionales, si los hubiere, que hayan asesorado al Fondo sobre su reclamo, sin tener en cuenta si el asesoramiento se tuvo en cuenta para decidir el reclamo.

Sección 10.5. PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN DE RECLAMOS EXTERNOS

En caso de que un solicitante reciba una determinación adversa de beneficios interna definitiva y desee seguir recurriendo la denegación del reclamo, el reclamante puede solicitar una revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente ("IRO"). La decisión adoptada por una IRO sobre una apelación de reclamo será vinculante para el solicitante y el plan.

A. Revisión externa estándar

1. **Solicitud de revisión externa.** Un solicitante puede presentar al plan una solicitud por escrito de revisión externa en un plazo de cuatro meses a partir de

la fecha de recepción de una notificación de una determinación adversa de beneficios o de una determinación adversa de beneficios interna definitiva. Si no hay una fecha correspondiente cuatro meses después de la fecha de recepción de dicha notificación, la solicitud deberá presentarse antes del primer día del quinto mes siguiente a la recepción de la notificación.

2. **Revisión preliminar.** En los cinco días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud de revisión externa, el plan completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si:
 - a. El solicitante está o estaba cubierto por el plan en el momento en que se solicitó el artículo o servicio de atención médica o, en el caso de una revisión retrospectiva, estaba cubierto por el plan en el momento en que se prestó el artículo o servicio de atención médica;
 - b. La determinación adversa de beneficios o la determinación adversa de beneficios final no se refiere al incumplimiento por parte del reclamante de los requisitos de elegibilidad según los términos del plan;
 - c. El solicitante ha agotado el procedimiento de apelación interno del plan, si procede; y
 - d. El solicitante ha facilitado toda la información y los formularios necesarios para tramitar una revisión externa.

En el plazo de un día hábil tras la finalización de la revisión preliminar, el plan emitirá una notificación por escrito al reclamante. Si la solicitud está completa pero no reúne los requisitos para la revisión externa, dicha notificación incluirá los motivos por los que no reúne los requisitos y la información de contacto de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (número gratuito 866-444-EBSA (3272)). Si la solicitud no está completa, dicha notificación describirá la información o los materiales necesarios para que la solicitud esté completa y el plan permitirá al solicitante perfeccionar la solicitud de revisión externa dentro del plazo de presentación de cuatro meses o dentro del plazo de 48 horas siguientes a la recepción de la notificación, si este fuera posterior.

3. **Remisión a la Organización de Revisión Independiente.** El plan asignará una OIR acreditada por la URAC. El plan remitirá el reclamo a una de las tres (3) OIR con las que el plan ha contratado dichas asignaciones y rotará las asignaciones de reclamos entre ellas. Las OIR con las que ha contratado el Plan no pueden optar a ningún incentivo económico basado en la probabilidad de que la OIR apoye la denegación de beneficios.
 - a. La OIR asignada recurrirá a expertos jurídicos, cuando proceda, para determinar la cobertura del plan.
 - b. La OIR asignada notificará oportunamente por escrito al solicitante la elegibilidad y aceptación de la solicitud para revisión externa. Este aviso incluirá una declaración de que el solicitante puede presentar por escrito a la OIR asignada dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de recepción del aviso información adicional que la OIR deberá tener en cuenta al realizar la revisión externa.
 - c. Dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de asignación de la OIR, el plan proporcionará a la OIR asignada los documentos y cualquier

información que se haya considerado al realizar la determinación adversa de beneficios o la determinación adversa de beneficios interna final. El hecho de que el plan no facilite a tiempo los documentos y la información no retrasará la realización de la revisión externa. Si el plan no proporciona a tiempo los documentos y la información, la OIR asignada puede dar por terminada la revisión externa y tomar la decisión de anular la determinación adversa de beneficios o la determinación adversa de beneficios interna definitiva. En el plazo de un (1) día hábil tras tomar la decisión, la OIR lo notificará al solicitante y al plan.

- d. Tras la recepción de cualquier información presentada por el solicitante, la OIR asignada deberá, en el plazo de un (1) día laborable, remitir la información al plan. Tras recibir dicha información, el plan podrá reconsiderar su determinación adversa de beneficios o la determinación adversa de beneficios interna definitiva que sea objeto de la revisión externa. La revisión externa puede darse por terminada como resultado de la reconsideración solo si el plan decide, al término de su reconsideración, anular su determinación adversa de beneficios o su determinación adversa de beneficios interna definitiva y proporcionar cobertura o pago. Dentro de un (1) día hábil después de tomar dicha decisión, el plan notificará por escrito su decisión al solicitante y a la OIR asignada. A continuación, la OIR asignada dará por concluida la revisión externa tras recibir dicha notificación del plan.
- e. La OIR revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. A la hora de tomar una decisión, la OIR asignada revisará el reclamo "de novo" y no estará vinculada por ninguna decisión o conclusión alcanzada durante el proceso interno de reclamos y apelaciones del plan aplicable. Además de los documentos y la información facilitados, la OIR asignada, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y la OIR los considere apropiados, tendrá en cuenta lo siguiente a la hora de tomar una decisión:
 - i. El historial médico del solicitante;
 - ii. Recomendación del profesional médico que le atiende;
 - iii. Informes de los proveedores de atención médica pertinentes y otros documentos presentado por el plan, el solicitante o el proveedor de tratamiento del solicitante;
 - iv. Los términos del plan para garantizar que la decisión de la OIR no sea contraria a los términos del plan, a menos que los términos sean incompatibles con la legislación aplicable;
 - v. Directrices prácticas apropiadas, que deben incluir normas aplicables basadas en la evidencia y pueden incluir cualquier otra directriz práctica desarrollada por el gobierno federal, sociedades médicas nacionales o profesionales, juntas y asociaciones;
 - vi. Cualquier criterio de revisión clínica aplicable desarrollado y utilizado por el plan, a menos que los criterios sean incompatibles con los términos del plan o con la legislación aplicable; y

- vii. La opinión del revisor o revisores clínicos de la OIR tras considerar la información descrita en este aviso en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y el revisor o revisores clínicos lo consideren apropiado.
- f. La OIR asignada notificará por escrito la decisión final de la revisión externa en un plazo de 45 días a partir de la recepción por la OIR de la solicitud de revisión externa. La OIR entregará la notificación de la decisión final de revisión externa al solicitante y al plan.
- g. La notificación de la decisión de la OIR asignada deberá contener:
 - i. Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, con información suficiente para identificar el reclamo (incluida la fecha o fechas de servicio, el proveedor de atención médica, el importe del reclamo (si procede), el código de diagnóstico y su significado correspondiente, el código de tratamiento y su significado correspondiente y el motivo de la denegación anterior);
 - ii. La fecha en que la OIR recibió el encargo de realizar la revisión externa y la fecha de la decisión de la OIR;
 - iii. Referencias a las pruebas o la documentación, incluidas las disposiciones específicas sobre el exceso y las normas basadas en pruebas, consideradas para llegar a su decisión;
 - iv. Una discusión de la razón o razones principales de su decisión, incluida la justificación de la misma y cualquier norma basada en pruebas en la que se haya basado para tomar su decisión;
 - v. Una declaración de que la decisión es vinculante, salvo en la medida en que el plan o el solicitante puedan disponer de otros recursos en virtud de la legislación estatal o federal;
 - vi. Una declaración en la que se indique que el solicitante puede interponer un recurso judicial.
 - vii. Información de contacto actual, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros médicos o defensor del pueblo establecida en virtud de la sección 2793 de la Ley PHS.
 - viii. Tras una decisión final de revisión externa, la OIR mantendrá registros de todas los reclamos y notificaciones relacionadas con el proceso de revisión externa durante seis (6) años. La OIR deberá poner dichos registros a disposición del solicitante, del plan o de la agencia de supervisión estatal o federal que los solicite para su examen, excepto en los casos en que dicha divulgación infrinja las leyes de privacidad estatales o federales.
- 4. Anulación de la decisión del plan.** Una vez recibida la notificación de una decisión definitiva de revisión externa por la que se anula la determinación adversa de beneficios o la determinación adversa de beneficios interna definitiva, el plan proporcionará inmediatamente la cobertura o el pago (incluida la autorización inmediata o el pago inmediato de los beneficios) del reclamo.

B. Revisión externa acelerada

1. **Solicitud de revisión externa acelerada.** El plan permitirá a un solicitante una solicitud de revisión acelerada ante el plan en el momento en que el solicitante reciba:
 - a. **Una determinación adversa de beneficios**, si la determinación adversa de beneficios se refiere a una condición médica del solicitante para la que el plazo de finalización de un recurso interno acelerado en virtud de la normativa final provisional pondría gravemente en peligro la vida o la salud del solicitante o pondría en peligro la capacidad del solicitante para recuperar el máximo de sus funciones y el solicitante ha presentado una solicitud de recurso interno acelerado; o bien
 - b. **Una determinación adversa de beneficios interna final**, si el solicitante tiene una condición médica en la que el plazo para completar una revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud del reclamante o pondría en peligro la capacidad del reclamante para recuperar la función máxima, o si la determinación adversa de beneficios interna final se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estancia continuada o artículo o servicio de atención médica para el que el reclamante recibió servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro.
2. **Revisión preliminar.** Inmediatamente después de recibir la solicitud de revisión externa acelerada, el Plan determinará si la solicitud cumple los requisitos de revisibilidad establecidos en el apartado (a)(2) anterior para la revisión externa estándar. El plan enviará inmediatamente al solicitante una notificación que cumpla los requisitos establecidos en el apartado (a)(2) anterior para la revisión externa estándar sobre su determinación de elegibilidad.
3. **Remisión a una Organización de Revisión Independiente.** Una vez determinado que una solicitud reúne los requisitos para una revisión externa acelerada tras la revisión preliminar, el plan asignará una OIR conforme a los requisitos establecidos en el apartado (a)(3) anterior para la revisión estándar. El plan proporcionará o transmitirá todos los documentos e información necesarios que se hayan tenido en cuenta para realizar la determinación adversa de beneficios o la determinación adversa de beneficios interna definitiva a la OIR asignada de forma electrónica, por teléfono, fax, medios electrónicos o cualquier otro método rápido disponible.

La OIR asignada, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y la OIR los considere apropiados, examinará la información o los documentos descritos anteriormente con arreglo a los procedimientos de revisión estándar. Al tomar una decisión, la OIR asignada revisará el reclamo “de novo” y no estará vinculada por ninguna decisión o conclusión alcanzada durante el proceso interno de reclamos y apelaciones del plan.
4. **Notificación de la decisión final sobre la revisión externa.** La OIR notificará la decisión final de revisión externa, de conformidad con los requisitos establecidos en el apartado (a)(3)(vii) anterior, con la celeridad que requieran el estado o las circunstancias médicas del reclamante, pero en ningún caso más de 72 horas después de que la OIR reciba la solicitud de revisión externa acelerada. Si la notificación no está por escrito, en un plazo de 48 horas a partir de la fecha de notificación, la OIR asignada confirmará por escrito la decisión al solicitante y al plan.

Sección 10.6. PLAZO DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN JUDICIAL

En ningún caso podrá iniciarse una acción legal por o en nombre de un particular para recuperar los beneficios del plan, a menos que el particular o su representante legal haya cumplido primero plenamente y agotado oportunamente todos los requisitos del procedimiento de reclamos y del procedimiento de revisión de reclamos del plan y en ningún caso podrá iniciarse dicha acción legal después de transcurrido un (1) año desde la resolución definitiva del reclamo en virtud del plan.

Sección 10.7. EXÁMENES FÍSICOS Y AUTOPSIA

Los Administradores, a sus expensas, tendrán el derecho y la oportunidad de examinar a cualquier persona cuya lesión o enfermedad sea la base del reclamo, cuando y con la frecuencia que razonablemente puedan requerir durante la pendencia de un reclamo en virtud del presente, y de realizar una autopsia en caso de fallecimiento, cuando no esté prohibido por la ley.

Sección 10.8. PLAZOS DE NOTIFICACIÓN DE LAS RESOLUCIONES DE APELACIÓN

- A. Reclamos previos al servicio.** La notificación de la determinación de la apelación para los reclamos pre-servicio se enviará en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la apelación por parte de BlueCross BlueShield.
- B. Reclamos urgentes.** La notificación de la determinación de la apelación para reclamos urgentes se enviará dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la apelación por parte de BlueCross BlueShield.
- C. Reclamos concurrentes.** BlueCross BlueShield enviará un aviso de la determinación de apelación para un reclamo concurrente que implique la finalización o reducción de la atención previamente aprobada antes de que la atención finalice o se reduzca. BlueCross BlueShield enviará la notificación de la determinación de la apelación para un reclamo concurrente que implique una extensión de la atención según los plazos de un reclamo urgente, previa al servicio o posterior al servicio, según la categoría que corresponda a la apelación.
- D. Reclamos posteriores al servicio.** Por lo general, las decisiones sobre las apelaciones relativas a los reclamos posteriores al cese en el servicio se adoptarán en la siguiente reunión ordinaria del Consejo de Administradores que se celebre tras la recepción de la solicitud de apelación. No obstante, si la solicitud se recibe en los 30 días siguientes a la siguiente reunión ordinaria programada, se examinará en la segunda reunión ordinaria programada tras la recepción de la apelación. En circunstancias especiales, puede ser necesario un aplazamiento hasta la tercera reunión ordinaria programada tras la recepción de la apelación. Se informará al solicitante por escrito con antelación en caso de que sea necesaria esta prórroga. Una vez que se haya tomado una decisión sobre la apelación, se enviará una notificación de la resolución de la apelación lo antes posible, pero a más tardar 5 días después de que se haya tomado la decisión.
- E. Reclamos por incapacidad.** La notificación de la resolución de la apelación para las solicitudes de indemnización por invalidez se efectuará de la misma manera que para las solicitudes posteriores al cese en el servicio.

F. Contenido de los avisos de resolución de apelaciones. La resolución de una apelación se comunicará al solicitante por escrito. La notificación de denegación de una apelación incluirá:

1. la(s) razón(es) específica(s) de la determinación;
2. referencia a la(s) disposición(es) específica(s) del plan en la(s) que se basa la determinación;
3. una declaración de que el solicitante tiene derecho a recibir acceso razonable y copias de todos los documentos pertinentes para el reclamo, previa solicitud y de forma gratuita;
4. una declaración del derecho del solicitante a interponer una demanda civil en virtud de la sección 502(a) de ERISA tras una determinación adversa de beneficios en apelación;
5. si se ha recurrido a una norma, directriz o protocolo interno, una declaración en la que se indique que se puede obtener una copia gratuita previa solicitud; y
6. si la determinación se basó en la necesidad médica, o porque el tratamiento era experimental o de investigación u otra exclusión similar, una declaración de que una explicación del juicio científico o clínico para la determinación está disponible a petición sin cargo alguno.
7. la siguiente declaración: "Usted y su plan pueden disponer de otras opciones voluntarias de resolución alternativa de conflictos, como la mediación. Una forma de averiguar qué puede haber disponible es ponerse en contacto con la oficina local del Departamento del Trabajo de EE. UU. y con la agencia reguladora de seguros de su Estado".

La decisión sobre la revisión de cualquier reclamo realizada en virtud del plan de conformidad con el procedimiento de revisión de reclamos será definitiva y vinculante para todas las personas.

ARTÍCULO XI - NORMATIVA DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD

El plan tiene derecho a facilitar u obtener de otra persona o entidad la información relativa a su solicitud o a la de sus dependientes que el plan considere razonablemente necesaria para administrar el plan y determinar y abonar los beneficios que puedan corresponderle. Sin embargo, lo que el plan hace con su información médica está sujeto a las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA").

La ley federal conocida como "HIPAA" dio lugar a normas federales de privacidad y seguridad que exigen que los planes de salud, como este plan, protejan la confidencialidad de su información médica protegida (también denominada "PHI"). Estas normas de privacidad y seguridad también se aplican a la PHI de sus dependientes. La PHI se define en la HIPAA y generalmente incluye información de salud, incluida información demográfica, que se recopila de usted o se crea recibida por el plan en cualquier forma (oral, escrita o electrónica), a partir de la cual es posible identificarlo individualmente. Además, la información debe estar relacionada con su estado de salud pasado, presente o futuro (físico o mental), con la prestación de atención médica o con el pago de dicha asistencia. Encontrará una descripción completa de sus derechos de privacidad en el aviso de privacidad del plan, que se le distribuyó al inscribirse. También puede solicitar en cualquier momento una copia del Aviso de privacidad poniéndose en contacto con la Oficina del Fondo.

No utilizaremos ni divulgaremos su PHI excepto cuando sea necesario para el tratamiento, pago, operaciones del plan de salud y administración del plan, o según lo permita o exija la ley, o según usted lo autorice. También hemos exigido a todos nuestros socios comerciales, como el Administrador de reclamos, que crean o reciben PHI en nuestro nombre que observen las normas de privacidad y seguridad con respecto a dicha PHI.

Sin su autorización, no utilizaremos ni divulgaremos la PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquiera de nuestros otros beneficios o planes de beneficios para empleados. Si alguien que no sea usted, incluso un amigo o pariente, se pone en contacto con nosotros y desea discutir un reclamo o un asunto relacionado con la información, primero se requerirá su autorización, a menos que la discusión esté permitida de otro modo en virtud de la HIPAA. **Las explicaciones por escrito de los beneficios (EOB) para las personas a cargo menores de 18 años se enviarán por correo al empleado participante a través del cual la persona a cargo tiene cobertura, a menos que la persona a cargo proporcione otras instrucciones por escrito al plan.**

Usted tiene determinados derechos en virtud de las normas de privacidad con respecto a su PHI, incluido el derecho a ver y copiar la información, a recibir un informe de determinadas divulgaciones de la información y a modificar la información en determinadas circunstancias. También tiene derecho a presentar una queja ante el plan o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si cree que se han vulnerado sus derechos en virtud de la ley HIPAA. Sus derechos se explican con más detalle en el aviso de prácticas de privacidad del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre la privacidad o seguridad de su información médica o desea presentar una queja en virtud de la ley HIPAA, póngase en contacto con el Director Administrativo en la Oficina del Fondo. El Director Administrativo también actúa como responsable de privacidad y seguridad del plan.

Las explicaciones por escrito de los beneficios (EOB) de los cónyuges e hijos beneficiarios mayores de 18 años se enviarán por correo al cónyuge o hijo a menos que este proporcione otras instrucciones por escrito a la Oficina del Fondo.

ARTÍCULO XII - INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PLAN

La siguiente información relativa al plan se le facilita de conformidad con la ley federal conocida como ERISA.

A. Nombre del plan

El nombre del plan es SOUTHWEST HEALTH BENEFITS FUND.

B. Tipo de plan

El plan es un plan de salud colectivo que ofrece beneficios médicos completos y beneficios de medicamentos con receta.

C. Nombre y dirección del promotor y del administrador del plan

El plan está patrocinado y administrado por un Consejo de Administradores paritario formado por un número igual de representantes sindicales y patronales. La dirección que puede utilizarse para ponerse en contacto con el Consejo de Administradores es:

Administradores del sindicato:

Kevin L. Smith, Presidente
Gerente Comercial, Insulators Local 112
3000 Highway 90 East, Suite 1
Lake Charles, LA 70605

Lucien Clark
Presidente, Insulators Local 112
3000 Highway 90 East, Suite 1
Lake Charles, LA 70605

M. Monroe Norrid, Jr.
Gerente Comercial, Insulators Local 21
11580 Reeder Road
Dallas, TX 75229

Thomas Kleinmann
6475 Trammel Drive
Dallas, TX 75214

Administradores fiduciarios:

Adrian Mendoza, Copresidente
Grupo de Contratación de Rendimiento
501 S. Wisteria Street
Mansfield, TX 76063

William G. McCraw
Alpha Specialty Contractors, Inc.
3000 Wichita Court
Fort Worth, TX 76140

Toby Landry
Atlantic Plant Services, Inc.
10343 Sam Houston Park Drive, Suite 200
Houston, TX 77064

Una lista completa de los empleadores y/u organizaciones de empleados que patrocinan o participan en el plan está disponible para su inspección sin cargo en la Oficina del Fondo y los empleados, beneficiarios y jubilados pueden obtener una copia previa solicitud por escrito al Administrador del plan por un cargo mínimo de copiado.

D. Tipo de Administración

La administración del plan corre a cargo de un Consejo de Administradores conjunto compuesto por un número igual de representantes del sindicato y de la Compañía. El Consejo de Administradores es el fiduciario designado encargado de administrar el plan de conformidad con los documentos del plan y la legislación aplicable. El Consejo de Administradores podrá, de vez en cuando y a su entera discreción, contratar con terceros la prestación de otros servicios administrativos.

E. Agente de notificaciones

Además del Administrador del plan, también se puede notificar un proceso legal al Consejo de Administradores o a cualquier miembro del Consejo de Administradores, así como a las siguientes personas:

Maria Cangemi
Robein, Urann, Spencer, Picard & Cangemi
2540 Severn Avenue, Suite 400
Metairie, LA 70002

F. Número de identificación del empleador (EIN) y número del plan

El número de identificación del empleador (EIN) asignado por el Servicio de Impuestos Internos al Sindicato es 75-0355302. El número asignado al Plan por el Consejo de Administradores es el 501.

G. Año del plan

El año del plan es el año calendario que comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre siguiente.

H. Identidad del medio de financiación utilizado para la acumulación de activos

Todos los activos del plan se acumulan en un Fondo Fiduciario ("Fondo") establecido y administrado por el Consejo de Administradores con el fin de proporcionar beneficios a los partícipes y beneficiarios y pagar los gastos administrativos del plan. El Fondo se rige por el Acuerdo Fiduciario por el que se creó y se mantiene. El Consejo de Administradores ha nombrado y puede nombrar de vez en cuando, a determinados asesores de inversión calificados para que le ayuden con la inversión de los activos del plan. El Consejo de Administradores puede, de vez en cuando, contratar a una compañía de seguros para que suscriba los beneficios del plan. Todos los beneficios del plan se pagan exclusivamente con cargo a los activos del Fondo. No existe obligación ni responsabilidad por parte de ningún empleador o Administrador ni del Sindicato de proporcionar los beneficios establecidos en el plan si el Fondo no dispone de activos suficientes para efectuar dichos pagos.

I. Fuente de la contribución

Todas las contribuciones al plan son efectuadas por los empleadores de conformidad con los acuerdos colectivos entre los empleadores y los sindicatos locales patrocinadores y cualquier Acuerdo de Participación entre los empleadores y los administradores. El acuerdo colectivo y los acuerdos de participación exigen aportaciones al plan a un tipo fijo por hora de empleo cubierto.

Previa solicitud, el Administrador del plan le facilitará información sobre si una determinada Compañía cotiza al plan en nombre de los partícipes que trabajan en virtud de un acuerdo colectivo o acuerdo de participación.

J. Acuerdos colectivos y acuerdos de participación, documentos del plan e informes

El plan se mantiene en virtud de uno o varios acuerdos colectivos y acuerdos de participación que obligan a las compañías signatarias a realizar aportaciones al Fondo en nombre de sus empleados, a tarifas fijas por cada hora de empleo cubierto.

Puede examinar los siguientes documentos en la Oficina del Fondo durante el horario laboral habitual, de lunes a viernes, excepto festivos:

1. Contrato de fideicomiso;
2. Negociación colectiva y acuerdos de participación;
3. Documento del SDP/Plan y todas sus modificaciones;
4. El formulario 5500 y el informe anual completo presentados ante el Servicio de Impuestos Internos y el Departamento del Trabajo; y
5. Lista de empleadores contribuyentes.

También puede obtener copias de estos documentos solicitándolo por escrito al Director Administrativo y pagando una tarifa razonable por las copias. Debe preguntar cuál será el coste antes de solicitar copias. Si lo prefiere, puede examinar estos documentos, en horario de oficina, en la oficina del sindicato local. Para ello, llame o escriba al Gerente Comercial. Se facilita gratuitamente a todos los partícipes un resumen del Informe Anual, en el que se detalla la información financiera sobre el funcionamiento del Plan.

ARTÍCULO XIII - DECLARACIÓN DE DERECHOS ERISA

Como participante en el Southwest Health Benefits Plan, tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act) de 1974 con sus modificaciones periódicas ("ERISA"). ERISA establece que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

Sección 13.1. RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE SU PLAN Y BENEFICIOS

- A. Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del plan y en otros lugares especificados, como lugares de trabajo y salas sindicales, todos los documentos que rigen el plan, incluidos los contratos de seguro, los acuerdos colectivos y los acuerdos de participación, así como una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) presentado por el plan ante el Departamento del Trabajo de EE. UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.
- B. Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, incluidos los contratos de seguro, los acuerdos colectivos y los acuerdos de participación, copias del último informe anual (Formulario Serie 5500) y la descripción resumida del plan actualizado. El administrador del plan podrá imponer una tarifa razonable por las copias.
- C. Recibir un resumen del informe financiero anual del plan. El Administrador del plan está obligado por ley a entregar a cada partícipe una copia de este informe anual resumido.

Sección 13.2. CONTINUAR LA COBERTURA DEL PLAN DE SALUD

Puede continuar la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge dependiente y sus hijos si se produce una pérdida de cobertura en virtud del plan como consecuencia de un Evento Calificado. Usted y sus dependientes deberán pagar dicha cobertura. Revise este resumen de la descripción del plan y los documentos que rigen el plan para conocer las normas

que rigen sus derechos de cobertura COBRA.

Sección 13.3. HAGA CUMPLIR SU DERECHOS

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone deberes a las personas responsables del funcionamiento de este plan. Las personas que gestionan su plan, denominadas “administradores” del plan, tienen la obligación de hacerlo con prudencia y en interés suyo y de los demás participantes y beneficiarios del plan. Nadie, incluido su empleador, su Sindicato o cualquier otra persona, puede despedirle o discriminarle de cualquier otro modo para impedirle obtener un beneficio de bienestar o ejercer sus derechos en virtud de ERISA.

Si su solicitud de beneficios es denegada o ignorada, total o parcialmente, tiene derecho a saber por qué se ha hecho, a obtener gratuitamente copias de los documentos relativos a la decisión y a recurrir cualquier denegación, todo ello dentro de determinados plazos.

En virtud de la ERISA, puede tomar medidas para hacer valer los derechos mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del plan o el último informe anual del plan y no los recibe en un plazo de 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 diarios hasta que los reciba, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones ajenas al administrador del plan.

Si su solicitud de beneficios es denegada o ignorada, total o parcialmente, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión o falta de decisión del plan en relación con el carácter calificado de una orden de manutención médica de los hijos, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. Si los administradores del plan hacen un uso indebido del dinero del plan o si le discriminan por hacer valer sus derechos, puede solicitar ayuda al Departamento del Trabajo de EE. UU. o presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios del abogado. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona a la que ha demandado que pague estos costes y tasas. Si pierde, el tribunal puede condenarle a pagar estos costes y tasas, por ejemplo, si considera que su demanda es frívola.

No obstante, en todos los casos, incluidos los descritos en el párrafo anterior, deberá agotar primero los recursos administrativos que le ofrece el plan, siguiendo el procedimiento de reclamos y el procedimiento de revisión de reclamos del plan descritos en este SPD/Plan, antes de poder presentar una demanda ante cualquier tribunal. Dispondrá entonces de un año, a partir de la fecha en que se adopte una decisión definitiva sobre la apelación en virtud del plan, para iniciar un proceso judicial (o, en el caso de beneficios totalmente aseguradas proporcionadas a través de una póliza de seguro de vida, el plazo permitido por la póliza de seguro de vida, si fuera diferente). En ningún caso podrán iniciarse acciones legales ante los tribunales, por usted o en su nombre, después de este periodo de un año.

Sección 13.4. ASISTENCIA PARA SUS PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, póngase en contacto con el Administrador del plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del plan, debe ponerse en contacto con el Director Administrativo o con la oficina más cercana de la Employee Benefits Security Administration (“EBSA”), U. S. Department of Labor, que figure en su guía telefónica, o con la Division of Technical Assistance and Inquiries, EBSA, U. S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener determinadas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la EBSA.

Puede llamar a la línea directa gratuita de EBSA para empleados y empleadores al 1-866-444-EBSA (3272) o escriba a la Oficina de Asistencia al Participante de la EBSA a la siguiente dirección:

Oficina de Asistencia al Participante
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
Departamento del Trabajo de EE. UU.
200 Constitution Avenue, NW
Washington, DC 20210

Sus derechos y protecciones frente a facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o le atiende un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido frente a la facturación de saldos. En estos casos, no se le debería cobrar más de lo establecido en su plan de copagos, coseguro y/o deducible.

¿Qué es la “facturación de saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

Cuando acude a un médico u otro profesional sanitario, puede tener que pagar determinados [gastos de su bolsillo](#), como un [copago](#), un [coseguro](#) o un [deducible](#). Es posible que tenga costes adicionales o que tenga que pagar toda la factura si consulta a un proveedor o acude a un centro sanitario que no pertenece a la red de su plan de salud.

Por “fuera de la red” se entiende los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para prestar servicios. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el importe total cobrado por un servicio. Esto se llama “**facturación de saldo**”. Es probable que este importe sea superior a los costes dentro de la red por el mismo servicio y puede que no cuente para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una urgencia o cuando programa una visita en un centro de la red, pero inesperadamente le atiende un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Usted está protegido contra la facturación de saldos por:

Servicios de emergencia

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el importe de la participación en los gastos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). **No se le puede** facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facturen de forma equilibrada estos servicios posteriores a la estabilización.

[Inserte un resumen en lenguaje sencillo de cualquier ley o requisito estatal aplicable en materia de facturación de saldos O un lenguaje desarrollado por el estado, según proceda].

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

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que pueden facturarle esos proveedores es el importe de la participación en los gastos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a la medicina de emergencias, la anestesia, servicios de patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

Si recibe otro tipo de servicios en estos centros de la red, los proveedores de fuera de la red **no**

pueden facturarle, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones frente a la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir asistencia fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

[Inserte un resumen en lenguaje sencillo de cualquier ley o requisito estatal aplicable en materia de facturación de saldos O un lenguaje desarrollado por el estado en relación con los requisitos legales estatales aplicables, según proceda].

Cuando no se permite la facturación de saldo, también tiene estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del coste (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente cualquier coste adicional a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe
 - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que los apruebe por adelantado (lo que también se conoce como “autorización previa”).
 - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que debe al proveedor o centro (gastos compartidos) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese importe en la explicación de beneficios.
 - Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para el deducible y el límite de gastos de bolsillo dentro de la red.

Si cree que le han facturado indebidamente, póngase en contacto con *[Inserte la información de contacto de la entidad responsable de hacer cumplir las leyes federales y/o estatales de protección de saldos o facturación sorpresa. El número de teléfono federal para información y quejas es 1-800-985-3059].*

Visite *[Insertar sitio web que describa las protecciones federales, tales como www.cms.gov/nosurprises/consumers]* para obtener más información sobre los derechos que le otorga la ley federal.

[Si procede, inserte: Visite [sitio web] para obtener más información sobre sus derechos en virtud de [leyes estatales]].

**Resumen de beneficios del plan Cigna Dental
Southwest Health Benefits Fund
Fecha de entrada en vigor del plan: 01/01/2022**



Asegurado por: Cigna Health and Life Insurance Company

Este material solo tiene fines informativos y está diseñado para destacar algunas de los beneficios disponibles en virtud de este plan. Consulte los documentos del plan para determinar las condiciones específicas de cobertura relativas a su plan. Los términos incluyen los procedimientos cubiertos, los periodos de carencia aplicables, las exclusiones y las limitaciones. **Su plan DPPO le permite acudir a cualquier dentista con licencia, pero utilizar un dentista dentro de la red puede minimizar los gastos de su bolsillo.**

Cigna Dental PPO				
Opciones de red	Dentro de la red: Red Total Cigna DPPO		Fuera de la red: Véase Reembolso fuera de la red	
Niveles de reembolso	Basado en los honorarios contratados		Tasa máxima admisible	
Beneficios máximos por año calendario Se aplica a: Clase I, II, III, gastos	\$1,000		\$1,000	
Deducible por año calendario Individual Familiar	\$50 \$150		\$50 \$150	
Beneficios destacados	El plan paga	Usted paga	El plan paga	Usted paga
Clase I: Diagnóstico y prevención Evaluaciones orales Profilaxis: limpiezas rutinarias Radiografías: rutinarias Radiografías: no rutinarias Aplicación de flúor Selladores: por diente	100% Sin deducible	Sin cargos	100% Sin deducible	Sin cargos
Clase II: Restauración básica Restauración: empastes Endodoncia: menor y mayor Periodoncia: menor y mayor Cirugía oral: menor y mayor Mantenedores de espacio: no ortodóncicos Anestesia: general y sedación IV Cuidados de emergencia para aliviar el dolor Coronas: prefabricadas de acero inoxidable / resina	80% Después del deducible	20% Después del deducible	80% Después del deducible	20% Después del deducible
Clase III: Restauración mayor Inlays y Onlays Prótesis sobre Implante Coronas: permanentes de yeso y porcelana Puentes y dentaduras postizas Reparaciones: puentes, coronas e incrustaciones Reparaciones: prótesis dentales Extracción quirúrgica de dientes impactados	50% Después del deducible	50% Después del deducible	50% Después del deducible	50% Después del deducible

Disposiciones del plan de beneficios:	
Reembolso dentro de la red	Para los servicios prestados por un dentista de la red Cigna Dental PPO, Cigna Dental reembolsará al dentista de acuerdo con un Programa de tarifas o un Programa de descuentos.
Reembolso fuera de la red	En el caso de los servicios prestados por un dentista que no pertenezca a la red, Cigna Dental reembolsará según el Cargo Máximo Permitido. El dentista puede facturar el saldo hasta el límite de sus honorarios habituales.
Acumulación cruzada	Todos los deducibles, máximos del plan y máximos específicos del servicio se acumulan entre dentro y fuera de la red. Las limitaciones de frecuencia de los beneficios se basan en la fecha del servicio y se acumulan entre dentro y fuera de la red.
Beneficios máximos por año calendario	El plan solo pagará los gastos cubiertos hasta el máximo anual de beneficios, cuando proceda. También pueden aplicarse máximos específicos de beneficios.
Deducible por año calendario	Es el importe que debe abonar antes de que el plan comience a pagar los gastos cubiertos, cuando corresponda. También pueden aplicarse deducibles específicos del beneficio.
Prohibición de entrada tardía	El pago se reducirá en un 50% para los servicios de clase III durante 12 meses para los afiliados elegibles y que puedan inscribirse en este plan fuera del periodo de inscripción abierta designado. Esta disposición no se aplica a las nuevas contrataciones.
Revisión previa al tratamiento	La revisión previa al tratamiento es voluntaria cuando se proponen trabajos dentales por un valor superior a \$200.
Beneficio sustituto	Cuando más de un servicio odontológico cubierto pudiera proporcionar un tratamiento adecuado basado en estándares odontológicos comunes, Cigna determinará el servicio odontológico cubierto en el que se basará el pago y los gastos que se incluirán como gastos cubiertos.
Programa de Integración de Salud Bucodental®	El programa ofrece una cobertura dental mejorada a los clientes con las siguientes afecciones: afecciones cardiovasculares, afecciones cerebrovasculares (ictus), diabetes, maternidad, enfermedad renal crónica (ERC), trasplantes de órganos, radiación de cáncer de cabeza y cuello, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, lupus, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), enfermedad de Huntington y abuso y adicción a opiáceos. El programa no tiene coste adicional. Las personas elegibles pueden recibir el reembolso de su coseguro por los servicios dentales elegibles. Los clientes elegibles también pueden recibir orientación sobre cuestiones de comportamiento relacionadas con la salud bucodental. Los reembolsos efectuados en virtud de este programa no están sujetos al deducible anual, pero se aplicarán al máximo anual del plan. Para obtener más información sobre cómo inscribirse en este programa y una lista completa de los términos y condiciones elegibles, visite www.mycigna.com o llame al servicio de atención al cliente 24 horas al día, 7 días a la semana, al 1-800-Cigna24.
Presentación a tiempo	Se denegarán las solicitudes de reembolso fuera de la red enviadas a Cigna transcurridos 365 días desde la fecha del servicio.
Limitaciones de los beneficios:	
Limitación de la falta de un diente	Para las piezas dentales ausentes antes de la cobertura con Cigna, el importe pagadero es el 50% del importe pagadero de otro modo hasta que estén cubiertas durante 12 meses; a partir de entonces, se considera un gasto de Clase III.
Evaluaciones/exámenes bucodentales	2 por año calendario.
Radiografías (rutinarias)	Mordeduras: 2 por año calendario.
Radiografías (no rutinarias)	Serie completa de imágenes radiográficas e imágenes radiográficas panorámicas: Limitado a un total combinado de 1 cada 36 meses.
Limpiezas	2 por año calendario, incluidos los procedimientos de mantenimiento periodontal posteriores al tratamiento activo.
Aplicación de flúor	1 por año calendario para menores de 19 años.
Selladores (por diente)	Limitado al diente posterior. 1 tratamiento por diente cada 36 meses para niños menores de 14 años.
Mantenedores de espacio	Limitado a tratamientos no ortodóncicos para menores de 19 años.
Incrustaciones, coronas, puentes, dentaduras postizas y parciales	Reemplazo cada 60 meses si es inservible y no puede repararse. Los beneficios se basan en el importe a pagar por los metales no preciosos. Sin porcelana ni material blanco o del color del diente en coronas o puentes molares.
Reparación de prótesis y puentes	Revisado si es más de una vez.
Rebasado y ajuste de dentaduras postizas	Cubierto si han transcurrido más de 6 meses desde la instalación.
Prótesis sobre implante	Reemplazo cada 60 meses si es inservible y no puede repararse. Los beneficios se basan en el importe pagadero por los metales no preciosos. Sin porcelana ni material blanco o del color de los dientes en coronas o puentes molares.

Exclusiones de beneficios:

Los Gastos Cubiertos no incluirán y no se efectuará pago alguno por lo siguiente:

- Procedimientos y servicios no incluidos en la lista de gastos dentales cubiertos;
- Diagnóstico: imagen de haz cónico;
- Servicios preventivos: instrucción para el control de la placa, higiene bucal y dieta;
- Restauración: carillas de porcelana, cerámica, resina o materiales acrílicos sobre coronas o puentes en los primeros, segundos y/o terceros molares superiores y/o inferiores;
- Periodoncia: registros de mordida; ferulización;
- Prostodoncia: aditamentos de precisión o semiprecisión;
- Implantes: implantes o servicios relacionados con implantes;
- Ortodoncia: tratamiento ortodóncico;
- Procedimientos, aparatos o restauraciones, excepto dentaduras completas, cuya finalidad principal sea cambiar la dimensión vertical, diagnosticar o tratar afecciones de disfunción de la articulación temporomandibular (ATM), estabilizar dientes periodontalmente afectados o restaurar la oclusión;
- Protectores bucales para atletismo;
- Servicios realizados principalmente por motivos estéticos;
- Personalización o decoración de cualquier aparato o trabajo dental;
- Reemplazo de un aparato según las directrices del beneficio;
- Servicios considerados de naturaleza médica;
- Servicios y suministros recibidos de un hospital;
- Medicamentos: medicamentos con receta;
- Cargos que superen el Cargo Máximo Permitido.

Este documento es solo un resumen. No es un contrato. Si existen diferencias entre este resumen y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los términos de los documentos oficiales del plan.

La disponibilidad del producto puede variar según el lugar y el tipo de plan y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro dental colectivo y los planes de beneficios dentales contienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costes y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o póngase en contacto con un representante de Cigna.

Todos los productos y servicios de Cigna son proporcionados exclusivamente por o a través de filiales operativas de Cigna Corporation, incluidas Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company y Cigna Dental Health, Inc.

© 2021 Cigna / versión 09072021



Cigna Vision Southwest Health Benefits Fund C1 - Plan integral PPO estándar

Bienvenido a Cigna Vision Programa de cobertura oftalmológica

Cobertura	Beneficio dentro de la red***	Beneficio fuera de la red	Período de Frecuencia **
Copago por examen	\$10	N/A	12 meses
Asignación para exámenes (una vez por periodo de frecuencia)	Cubierto al 100% después del copago	Hasta 45	12 meses
Copago por materiales	\$15	N/A	12 meses
Cristales para lentes: (un par por periodo de frecuencia) Visión sencilla Bifocales Forrados Trifocales Forrados Progresivos Lenticulares	Cubierto 100% después del copago Cubierto 100% después del copago Cubierto 100% después del copago Cubierto 100% después del copago Cubierto 100% después del copago	Hasta \$40 Hasta \$65 Hasta \$75 Hasta \$75 Hasta \$100	12 meses 12 meses 12 meses 12 meses 12 meses
Asignaciones para lentes de contacto: (un par o una sola compra por periodo de frecuencia) Opcionales Terapéuticos	\$130 Cubierto al 100%	Hasta \$105 Hasta \$210	12 meses 12 meses
Asignación para marco al detal (uno por periodo de frecuencia)	Hasta \$130	Hasta \$71	24 meses

** Su Periodo de Frecuencia comienza el 1 de enero (base de año calendario)

Definiciones:

Copago: importe que paga por el examen y/o los materiales, lentes y/o monturas. (Nota: los copagos no se aplican a los lentes de contacto).

Coseguro: porcentaje de los gastos que pagará Cigna. El cliente es financieramente responsable del saldo.

Asignación: el importe máximo que pagará Cigna. El cliente es financieramente responsable de cualquier cantidad que supere el deducible.

Materiales: cristales de gafas, monturas y/o lentes de contacto.

- Para recibir beneficios dentro de la red, no puede utilizar esta cobertura con otros descuentos, promociones o pedidos anteriores.
- Si utiliza otros descuentos y/o promociones en lugar de esta cobertura oftalmológica, o acude a un oftalmólogo fuera de la red, puede presentar un reclamo fuera de la red para que le reembolsen los gastos permitidos.

La cobertura dentro de la red incluye***:

- Una evaluación de la vista y de la salud ocular que incluya, entre otras cosas, un examen de salud ocular, dilatación, refracción y prescripción de gafas;
- Un par de lentes graduados estándar de plástico o cristal, de todas las graduaciones (potencias y prismas)
 - Lentes de policarbonato para menores de 19 años
 - Lentes de gran tamaño
 - Tintes sólidos rosa #1 y #2
 - Ahorro mínimo del 20%* en todas las mejoras adicionales que elija para sus lentes, incluidas, entre otras: tratamientos antirrayado/ultravioleta/antirreflejo; policarbonato (adultos); todos los tintes/fotocromáticos (cristal o plástico); y estilos de lentes.

- Una montura para lentes graduados: la montura elegida está cubierta hasta la cantidad permitida por el plan de comercio minorista, más un 20% de ahorro sobre el importe que supere la cantidad permitida para la montura;
- Un par de lentes de contacto o una única compra de un suministro de lentes de contacto - en lugar del beneficio de lentes y monturas, (no podrá recibir lentes de contacto y monturas en el mismo año de beneficio). Asignación aplicada al coste de los servicios profesionales suplementarios de lentes de contacto (incluida la adaptación y evaluación) y materiales para lentes de contacto

* La participación de los proveedores es 100% voluntaria; consulte a su profesional de la visión para conocer los descuentos ofrecidos.

*** La cobertura puede variar en las ópticas de descuento y en los clubes de socios participantes. Póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para obtener información específica sobre la cobertura.

Se cubrirán los lentes de contacto **terapéuticos** cuando la agudeza visual no pueda corregirse hasta 20/70 en el ojo con mejor visión con gafas y la adaptación de lentes de contacto permita obtener este nivel de agudeza visual; y en determinados casos de anisometropía, queratocono o afaquia; según determine y documente su profesional de la visión. Los lentes de contacto adaptados para otros fines terapéuticos o el estrechamiento de los campos visuales debido a una alta corrección negativa o positiva se cubrirán de acuerdo con la cobertura de lentes de contacto electivas que figura en el cuadro de beneficios.

Healthy Rewards® - Programa de ahorro de la red Visión:

- Cuando acuda a un profesional de la visión de la red Cigna*, puede ahorrar un 20% (o más) en monturas y/o lentes adicionales, incluidas las opciones de lentes, con una receta válida. Este ahorro no se aplica a los materiales para lentes de contacto. Consulte a su profesional de la visión de la red Cigna Vision para obtener más información.

Lo que no está cubierto:

- Formación ortóptica o visual y pruebas complementarias asociadas
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos
- Cualquier examen ocular o gafas correctoras exigidas por un empleador como condición de empleo.
- Cualquier lesión o enfermedad pagada o a pagar por la compensación laboral o una ley similar, o que esté relacionada con el trabajo.
- Gastos superiores a los habituales y acostumbrados por el Servicio o los Materiales
- Los gastos incurridos una vez finalizada la póliza o la cobertura del asegurado en virtud de la póliza, salvo que se indique lo contrario en la póliza.
- Tratamiento o dispositivo experimental o no convencional
- Dispositivos de aumento o de baja visión que no figuren como cubiertos en el Cuadro de cobertura oftalmológica
- Cualquier tipo de gafas sin graduación (se requiere mínimo Rx), incluyendo montura, cristales o lentes de contacto.
- Tratamientos de lentes, "complementos" o recubrimientos de lentes que no figuren como cubiertos en el Cuadro de cobertura oftalmológica.
- Gafas de sol graduadas
- Dos pares de gafas, en lugar de bifocales o trifocales
- Gafas o lentes de seguridad necesarios para el empleo que no figuren como cubiertos en el Cuadro de cobertura oftalmológica
- VDT (terminales de visualización de video)/beneficio para lentes de computadora
- Reclamos presentadas y recibidas más de doce (12) meses después de la fecha original del servicio

Cómo utilizar sus beneficios Cigna Vision

(Tenga en cuenta que la red de Cigna Vision es diferente de las redes de nuestros planes médicos y de salud).

1. Encontrar un médico

Hay tres formas de encontrar un oftalmólogo de calidad en su zona:



1. Acceda a myCigna.com, “Cobertura”, seleccione la página Visión. Haga clic en Visitar Cigna Vision. A continuación, seleccione “Buscar un profesional de la visión de la red Cigna Vision” para buscar en el Directorio de Cigna Vision.
2. ¿No tiene acceso a myCigna.com? Vaya a Cigna.com, en la parte superior de la página seleccione “Buscar un médico, dentista o centro”, haga clic en Directorio de Cigna Vision, en Recursos adicionales.
3. ¿Prefiere el teléfono? Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de seguro de Cigna y hable con un representante del servicio de atención al cliente de Cigna Vision.

2. Programar una cita

Identifíquese como cliente de Cigna Vision al programar una cita. Presente su tarjeta de identificación de Cigna o Cigna Vision en el momento de su cita, lo que ayudará rápidamente al consultorio médico a acceder a los detalles de su plan y verificar su elegibilidad.

3. Reembolso del plan fuera de la red

Cómo utilizar sus beneficios Cigna Vision

Envíe impresa la solicitud de reembolso de Cigna Vision completa y el recibo detallado a Cigna Vision, Departamento de Reclamos: Código Postal 385018, Birmingham, AL 35238-5018.

Para obtener un formulario de solicitud de reembolso de Cigna Vision:

- Visite **Cigna.com** y vaya a Formularios, Formularios de visión
- Visite **myCigna.com** y vaya a la página de su cobertura oftalmológica

Cigna Vision pagará los gastos cubiertos en un plazo de diez días hábiles a partir de la recepción del formulario de solicitud de reembolso cumplimentado y del recibo detallado.

Los beneficios son suscritos o administrados por Connecticut General Life Insurance Company o Cigna Health and Life Insurance Company. Toda la información sobre beneficios que se muestra es solo un resumen de las mismas. No describe todas las condiciones, disposiciones y limitaciones de su plan. Los proveedores participantes son contratistas independientes responsables exclusivos de sus exámenes de la vista rutinarios y de sus productos.

“Cigna” es una marca de servicio registrada, y el logotipo “Tree of Life”, “Cigna Vision” y “CG Vision” son marcas de servicio, de Cigna Intellectual Property, Inc. con licencia de uso de Cigna Corporation y sus filiales operativas. Todos los productos y servicios son proporcionados por o a través de dichas filiales operativas, incluidas Connecticut General Life Insurance Company y Cigna Health and Life Insurance Company y no por Cigna Corporation. En Arizona y Luisiana, el producto Cigna Vision se denomina CG Vision. Healthy Rewards® - Vision Network Savings Program powered by Cigna Vision es un programa de descuentos, no un beneficio asegurado.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura de visión

Cigna cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo
- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés:
- Intérpretes calificados
- Información escrita en otras lenguas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente en el número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación y pida ayuda a un asociado del servicio de atención al cliente.

Si cree que Cigna no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja enviando un correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com o escribiendo a la siguiente dirección:

Cigna
Coordinador de quejas de no discriminación
Apartado Postal 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita ayuda para presentar una queja por escrito, llame al número que está en el reverso de su tarjeta de identificación o envíe un correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Sala 509F, Edificio HHH
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)
Los formularios de denuncia están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son proporcionados exclusivamente por o a través de filiales operativas de Cigna Corporation, incluidas Cigna Health and Life Insurance Company y Connecticut General Life Insurance Company. El nombre, los logotipos y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATENCIÓN: Si habla idiomas distintos del inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833)

89637a 05/17 © 2017 Cigna.

Servicios de Asistencia de Dominio de Idioma

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。請致電 1.877.478.7557（聽障專線：800.428.4833）。

Vietnamese – XIN LŨU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833)번으로 전화해주시시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Tumawag sa 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.877.478.7557 (линия ТТУ телетайп: 800.428.4833).

Arabic – ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1.877.478.7557 (رقم هاتف الصم والبكم: 800.428.4833).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

French – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le 1.877.478.7557 (ATS: 800.428.4833).

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

Polish – UWAGA: Możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1 877 478 7557 (TTY: 800.428.4833).

Japanese – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833) まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1.877.478.7557 (TTY: 800.428.4833).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می شود. با شماره 1.877.478.7557 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: 800.428.4833).

896376a 05/17

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
PARA
SOUTHWEST HEALTH BENEFIT FUND**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Fecha de entrada en vigor del presente aviso: 1 DE SEPTIEMBRE DE 2014

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (**Aviso**) describe las prácticas de privacidad y obligaciones legales del plan y sus derechos legales con respecto a su Información de Salud Protegida (“**PHI**”) que mantiene el plan bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (“**HIPAA**”) y la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (“**HITECH**”). Entre otras cosas, este Aviso describe cómo puede utilizarse o divulgarse su PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica o para cualquier otro fin permitido o exigido por la ley.

La Regla de Privacidad de la HIPAA solo protege cierta información médica conocida como “**información de salud protegida**” o “**PHI**”. En general, la PHI es información de salud, incluida la información demográfica que se obtiene de usted o que el plan crea o recibe de cualquier forma (oral, escrita o electrónica), a partir de la cual es posible identificarlo individualmente. Además, debe estar relacionada con su salud o estado (físico o mental) pasado, presente o futuro; con prestarle atención médica; o con el pago de su atención médica (puede ser un pago pasado, presente o futuro).

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o nuestras prácticas de privacidad, o necesita un formulario para ejercer sus derechos individuales, póngase en contacto con el **Responsable de Privacidad** del Plan a la siguiente dirección:

M. Monroe Norrid, Jr.
11580 Reeder Road
Dallas, Texas 75229
(972) 243-5661

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Estamos obligados por ley a hacer lo siguiente con respecto a su PHI: (1) mantener su privacidad; (2) notificarle si descubrimos una violación de PHI no segura; (3) proporcionarle ciertos derechos; (4) proporcionarle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad; y (5) seguir los términos del aviso que actualmente está en vigor.

El plan tiene el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de este aviso para toda la PHI que mantiene. Si introducimos algún cambio sustancial en este Aviso, le proporcionaremos un Aviso revisado.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SUS INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por ley, podemos utilizar o divulgar su PHI en las circunstancias descritas a continuación, sin su autorización u oportunidad de oponerse. Para cada categoría, explicamos lo que queremos decir y damos un ejemplo. No se enumeran todos los usos o divulgaciones dentro de una categoría, pero todas las formas en que podemos utilizar y divulgar la PHI entran dentro de una de las categorías enumeradas.

Para su tratamiento médico: “Tratamiento” significa proporcionar, coordinar, gestionar o facilitar su tratamiento y servicios médicos. Por ejemplo, el plan puede divulgar la PHI a su médico en relación con su tratamiento.

Para el pago: “Pago” se refiere a las acciones tomadas para asegurar que su tratamiento y servicios de atención médica sean facturados y pagados correctamente según los términos del plan. También puede incluir acciones relacionadas con la determinación de la cobertura, la coordinación de los beneficios, la gestión de reclamos, la subrogación, el reembolso, los cobros, la obtención de pagos en virtud del reaseguro, las revisiones de la necesidad médica y la revisión de la utilización. Por ejemplo, el plan determina si un empleado ha trabajado suficientes horas en un empleo cubierto para tener derecho a los beneficios y puede confirmar la cobertura con un hospital en relación con la facturación y el pago de la hospitalización de un empleado.

Para operaciones de atención médica: “Operaciones de atención médica” se refiere a las operaciones y actividades comerciales del plan que están relacionadas con su funcionamiento como plan de salud y la provisión de beneficios de salud para usted. Incluyen la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, la coordinación o gestión de la asistencia, la evaluación del rendimiento de los proveedores de atención médica y de los planes, las actividades de seguros relacionadas con la obtención, renovación y sustitución de contratos de seguros médicos o reaseguros, la realización u organización de revisiones médicas, los servicios jurídicos y las funciones de auditoría (como los programas de detección de fraudes y abusos y de cumplimiento de las normas), la planificación y el desarrollo empresariales, la gestión empresarial y las actividades administrativas generales. El plan **no** puede utilizar su información genética con fines de suscripción. Por ejemplo, el plan puede compartir PHI con sus consultores para proyectar costos de beneficios futuros.

Alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud: Su PHI puede utilizarse y divulgarse en relación con comunicaciones a usted sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés (siempre que el plan no reciba ningún pago directo o indirecto a cambio de la comunicación).

A los asociados comerciales: “Asociados comerciales” son personas o entidades que prestan servicios o realizan funciones que involucran PHI en nombre del plan, como servicios actuariales, contables, legales, de consultoría o administrativos de terceros. Antes de divulgar la Información de Salud Protegida a un asociado comercial, el plan exigirá que el asociado comercial firme un acuerdo escrito que lo obligue a implementar las salvaguardas de privacidad y seguridad adecuadas para proteger la Información de Salud Protegida. Por ejemplo, podemos divulgar la PHI al asesor legal del plan para manejar un asunto de subrogación, pero solo después de que el plan y el asesor legal hayan celebrado un acuerdo de asociación comercial.

Al patrocinador del plan: El Consejo de Administradores es el “Patrocinador del Plan”. El plan permite la divulgación de la PHI a los administradores y empleados de la oficina del fondo según sea necesario para realizar funciones administrativas en nombre del plan y les exige que protejan la privacidad y seguridad de toda la PHI que reciban. Su PHI no puede utilizarse con fines laborales sin su autorización específica por escrito.

A familiares u otras personas: El plan puede divulgar a un familiar, amigo cercano u otra persona identificada por usted, la PHI que esté directamente relacionada con su participación en su atención médica o su pago, sujeto a las siguientes condiciones. Si usted está presente o disponible antes de la divulgación, debe estar de acuerdo con la divulgación o se le debe dar la oportunidad de oponerse a la divulgación y no oponerse, o el plan debe inferir razonablemente de las circunstancias que usted no se opone a la divulgación. Si usted no está presente o la oportunidad de aceptar u objetar no es posible debido a su incapacidad o circunstancias de emergencia, el plan puede divulgar dicha PHI si determina que la divulgación es en su mejor interés.

Según lo requiera la ley: Divulgaremos su PHI cuando así lo exija la legislación federal, estatal o local.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad: Podemos usar y divulgar su PHI si es necesario para prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad de usted o de otra persona.

Otros usos y divulgaciones que pueden realizarse sin su autorización u oportunidad de oponerse:

- **Donación de órganos y tejidos** – a organizaciones que se ocupan de la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante, si usted es donante de órganos.
- **Militares** – a las autoridades de mando militar según sea necesario, si usted es miembro de las fuerzas armadas.
- **Indemnización laboral** – a programas de indemnización laboral o similares que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, según sea necesario para cumplir la legislación aplicable.
- **Riesgos para la salud pública** – para las siguientes actividades de salud pública:
 - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - Informar de nacimientos y defunciones;
 - Para denunciar malos tratos o abandono de menores;
 - Notificar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - Notificar a los ciudadanos las retiradas de productos que puedan estar utilizando;
 - Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que corra el riesgo de contraerla o propagarla.
 - Notificar a la autoridad gubernamental competente si se cree que usted es víctima de malos tratos, abandono o violencia doméstica, cuando así lo exija o autorice la ley.
- **Actividades de supervisión sanitaria y socorro en caso de desastre** – a una organización de socorro en caso de desastres para ayudar en las tareas de socorro en caso de catástrofe, de acuerdo con lo que el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS)** ha indicado que

es permisible o a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley (como auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias).

- **Demandas y litigios** – en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden judicial o administrativa que proteja la información solicitada.
- **Cumplimiento de la ley** – si lo pide un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:
 - En respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, emplazamiento o proceso similar;
 - Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
 - Sobre una víctima de un delito si no podemos obtener el consentimiento de la víctima;
 - Sobre una muerte que creamos que pueda ser el resultado de una conducta delictiva; y
 - Sobre una conducta delictiva.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias** – a un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte o a un director de funeraria en la medida necesaria para el desempeño de sus funciones.
- **Seguridad nacional y actividades de inteligencia** – a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Reclusos** – a instituciones penitenciarias o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si es necesario para prestar atención médica a los reclusos, para proteger la salud y la seguridad de los reclusos o por motivos de seguridad.
- **Investigación** – a investigadores cuando se hayan eliminado los identificadores individuales o una junta de revisión institucional o de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información solicitada y apruebe la investigación.
- **Auditorías gubernamentales** – al Secretario del HHS, previa solicitud, para una investigación relacionada con el cumplimiento de la HIPAA por parte del Plan.

Otras divulgaciones:

- **Divulgaciones a usted o a su representante personal:** estamos obligados a divulgarle, previa solicitud, la parte de su PHI que contiene registros médicos, registros de facturación y otros registros utilizados para tomar decisiones sobre los beneficios de atención médica de su plan. También divulgaremos la PHI a personas autorizadas por usted, o designadas como su representante personal o apoderado, siempre que usted nos proporcione suficiente notificación y autorización por escrito (como un poder notarial con fines médicos o una orden judicial). Un progenitor suele actuar como representante personal de un hijo menor no emancipado, salvo que la ley estatal o una orden judicial dispongan lo contrario. Sin embargo, no tenemos que revelar

información a su representante personal si creemos razonablemente que (1) usted ha sido o puede ser objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona, o (2) tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerle en peligro, y (3) en el ejercicio del juicio profesional, no sería en su mejor interés hacerlo.

- **Divulgación a cónyuges e hijos dependientes cubiertos** – las explicaciones de beneficios (EOB) por escrito, para cónyuges e hijos dependientes cubiertos mayores de 18 años, se enviarán por correo al cónyuge o hijo dependiente a menos que este proporcione otras instrucciones por escrito al plan.
- **Usos y divulgaciones de la PHI que requieren sus autorizaciones por escrito** – Los usos y divulgaciones de la PHI que no se describen anteriormente solo se realizarán con su autorización por escrito. Por ejemplo, si pide ayuda a un agente comercial local para una reclamación, no revelaremos su PHI a dicho agente comercial sin su autorización. Con excepciones limitadas permitidas bajo HIPAA, no haremos lo siguiente sin su autorización por escrito: (1) usar o divulgar sus notas de psicoterapia si está recibiendo tratamiento por una enfermedad mental; (2) usar o divulgar su PHI para mercadeo (excepto para comunicaciones personales entre usted y el plan o regalos promocionales de valor nominal proporcionados por el plan); o (3) vender su PHI.

Las autorizaciones deben ser aceptables para el Plan e indicar qué PHI puede divulgarse, quién puede recibirla, cuándo vence, afirmar su derecho a revocarla por escrito en cualquier momento y, si corresponde, describir cualquier remuneración que recibirá el plan. Tiene derecho a recibir una copia de cualquier formulario de autorización que firme. Las revocaciones por escrito solo serán efectivas para usos y divulgaciones futuras y no para la información utilizada o divulgada por el plan antes de recibir su revocación por escrito.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES CON RESPECTO A LA PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI. Para ejercer cualquiera de estos derechos, debe hacerlo por escrito en un formulario aceptable para el plan y enviarlo al Funcionario de Privacidad a la dirección que figura en la página uno. Los formularios están disponibles en la Oficina del Fondo previa solicitud.

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted puede inspeccionar y copiar cierta PHI en poder de o para el plan que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre sus beneficios médicos bajo el plan. Si la información solicitada se mantiene electrónicamente y usted solicita una copia electrónica, se le proporcionará en la forma y formato electrónicos solicitados si puede producirse fácilmente en esa forma y formato. De lo contrario, trabajaremos con usted para llegar a un acuerdo sobre la forma y el formato. Si no llegamos a un acuerdo, le facilitaremos una copia en papel.

Si solicita una copia, podemos cobrarle una tarifa razonable por el coste de las copias, el envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en determinadas circunstancias muy limitadas permitidas por la HIPAA. Si se le deniega el acceso a su información médica, le daremos una explicación por escrito de los motivos de la denegación, sus derechos de revisión y cómo presentar una queja ante el plan o el HHS.

Derecho a modificar: Si considera que la PHI sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar

al plan que modifique la información durante todo el tiempo que la conserve el plan o se conserve para el Plan. Podemos denegar su solicitud si

- No está por escrito o no incluye una razón que apoye la solicitud;
- La información no fue creada por nosotros, a menos que quien la creó ya no esté disponible para modificarla;
- La información no forma parte de la información médica conservada por o para el plan;
- La información no forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar; o
- La información ya es exacta y completa.

Si se aprueba, se lo notificaremos y haremos todo lo razonablemente posible para notificárselo a las personas que usted nos indique que necesitan la información modificada. En caso de denegación, le notificaremos por escrito: (1) los motivos de la denegación; (2) su derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo para incluirla en cualquier divulgación futura de la información objeto de controversia; (3) si no presenta una declaración, su derecho a solicitar que su solicitud de modificación y nuestra denegación se proporcionen con cualquier divulgación futura de la información en disputa; y (4) cómo presentar una queja ante el plan o el HHS.

Derecho a que se dé cuenta de las divulgaciones: Puede solicitar una “contabilidad” de ciertas divulgaciones de su PHI. Debe indicar el periodo de tiempo para el que se solicita (que no puede ser superior a seis años antes de la fecha de la solicitud). Debe indicar la forma en que desea recibirla (por ejemplo, en papel o electrónica). La contabilidad incluirá solo la información requerida por la HIPAA y actualmente no tiene que incluir las divulgaciones: (1) con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) a usted o en base a su autorización; (3) a un familiar, amigo u otra persona identificada por usted que participe en su atención médica o en su pago; (4) con fines de seguridad nacional o inteligencia; (5) a instituciones penitenciarias o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley; o (6) que sean incidentales a divulgaciones que de otro modo estarían permitidas.

La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses se le facilitará gratuitamente. Por listas adicionales proporcionadas en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costes. Le notificaremos el coste por adelantado y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en ningún coste.

Derecho a Solicitar Restricciones: Puede solicitar al Plan que restrinja o limite la PHI que utiliza o divulga para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o que divulga a alguien que participa en su atención médica o en su pago. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o se lo notifiquemos.

Para solicitar restricciones, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge). Puede poner fin a una restricción en cualquier momento, verbalmente o por escrito, mediante notificación al Responsable de Privacidad del Plan.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales: Si considera que la divulgación de su PHI por los medios normales podría ponerlo en peligro, puede solicitar al plan que se comunique con usted por un medio diferente o en un lugar diferente. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos

pongamos en contacto con usted. Por ejemplo, puede pedir que la PHI se envíe a una dirección distinta de la de su domicilio. Atenderemos su petición si es razonable.

Derecho a ser notificado de un incumplimiento: Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que nosotros (o un Asociado Comercial) descubramos una Violación de su PHI no asegurada, como lo requiere la ley aplicable.

Derecho a recibir una copia impresa del aviso: Tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso en cualquier momento mediante solicitud por escrito al Responsable de Privacidad del Plan.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan poniéndose en contacto con el Responsable de Privacidad (consulte la página uno para obtener la información de contacto). También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. La dirección de la OCR regional para Arkansas, Luisiana, Nuevo México, Oklahoma y Texas es: Office for Civil Rights, U.S. Department of Health & Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202. Las quejas deben presentarse por escrito por correo, fax o correo electrónico a la dirección apropiada. No se le penalizará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja ante nosotros o ante el HHS.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (). El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 1210-XXXX. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en una media de 3,5 horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210.



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le indica cómo compartirán usted y el plan el coste de los servicios de salud cubiertos. **NOTA: La información sobre el coste de este plan (denominado prima) se facilitará por separado.**

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de las condiciones completas de la misma, llame al 713-643-9300 o al 1-866-236-3148. Para las definiciones generales de términos comunes, como importe permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o llamar al 713-643-9300 o al 1-866-236-3148 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	Proveedores de red: \$750/individual, \$2,250/familiar; Proveedores fuera de la red: \$1,500/individual, \$3,000/familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los gastos desde los <u>proveedores</u> hasta el importe del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar. Si tiene otros miembros de la familia afiliados al <u>plan</u> , cada uno de ellos debe satisfacer su propio <u>deducible</u> individual hasta que el importe total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar global.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. La atención primaria y las visitas a especialistas dentro de la <u>red</u> , la <u>atención preventiva</u> dentro de la <u>red</u> , ciertos <u>medicamentos recetados</u> genéricos dentro de la <u>red</u> , la <u>atención médica domiciliaria</u> dentro de la <u>red</u> , los servicios de <u>rehabilitación</u> y los <u>servicios de habilitación</u> dentro de la <u>red</u> están cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aunque aún no haya alcanzado el importe del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de que alcance el <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para determinados servicios?	Sí. \$50/individual, \$150/familiar para el plan dental. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Usted debe pagar todos los costes de la mayoría de estos servicios hasta el importe del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar la mayoría de estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Proveedores de red: \$7,150/individual, \$14,300/familiar; Proveedores fuera de la red: Sin <u>límite de gastos de bolsillo</u> .	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia afiliados a este <u>plan</u> , estos tienen que cumplir sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> global de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación del saldo</u> , penalizaciones por no obtener <u>autorización previa</u> , <u>coseguro</u> por estar <u>fuera de la red</u> y asistencia sanitaria que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte www.bcbsil.com o llame al 1-800-810-2583 para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> . Para obtener una lista de proveedores de salud mental <u>dentro de la red</u> , llame al 1-800-851-7498	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede recurrir a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita que una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de una <u>referencia</u> .



Todos los costes de **copago** y **coseguro** indicados en este cuadro se aplican una vez satisfecho el **deducible**, si existe un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si acude al consultorio de un <u>proveedor</u> de atención médica o a una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$40 por visita, luego <u>coseguro</u> del 20%. No se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 70%	Ninguna
	Visita a un <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$40 por visita, luego <u>coseguro</u> del 20%. No se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 70%	Ninguna
	<u>Atención preventiva/exámenes/inmunización</u>	Sin coste alguno por los servicios preventivos que deben cubrirse en virtud de la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible. No se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 70%	Se aplican los límites de edad y frecuencia permitidos por la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. A continuación, compruebe qué pagará su <u>plan</u> .
Si tiene una prueba	<u>Pruebas diagnósticas</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Se requiere <u>autorización previa</u> para todos los procedimientos diagnósticos invasivos o se reducen los beneficios en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, suceso o internamiento.
	Diagnóstico por imagen (TC/TEP, RM)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Si desea más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> , póngase en contacto con el <u>plan</u> llamando al 713-643-9300 o al 1-866-236-3148	Medicamentos genéricos	Para medicamentos genéricos con un precio de compra de hasta \$350: sin cargos, no se aplica <u>deducible</u> . Para medicamentos genéricos con un precio de compra superior a \$350: <u>Coseguro</u> del 20%	Para medicamentos genéricos con un precio de compra de hasta \$350: sin cargos, no se aplica <u>deducible</u> . Para medicamentos genéricos con un precio de compra superior al \$350: <u>Coseguro</u> del 20%	Suministro limitado a 30 días. Sin cargos por los medicamentos preventivos genéricos requeridos por la ACA (por ejemplo, anticonceptivos) o de un medicamento preventivo de marca si un genérico no es médicamente apropiado.
	Medicamentos de marca	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 30%	
Si se somete a cirugía ambulatoria	Cuota del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Se requiere <u>autorización previa</u> o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento. Se requiere <u>autorización previa</u> para los dispositivos (excepto órganos artificiales) implantados mediante cirugía en una cavidad corporal para ayudar a la función de un órgano interno, o se denegarán los beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Debe ser por una “Emergencia Médica”. Los gastos profesionales/médicos pueden facturarse por separado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Limitado al transporte al hospital más cercano.
	<u>Atención urgente</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Ninguna.
Si está hospitalizado	Gastos del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la red o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento. Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la red para los dispositivos (excepto órganos artificiales) implantados mediante cirugía en una cavidad corporal para ayudar a la función de un órgano interno, o se denegarán los beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	<u>Coseguro</u> del 20%; no se cubren los servicios por abuso de sustancias	<u>Coseguro</u> del 70%; no se cubren los servicios por abuso de sustancias	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la red para hospitalizaciones parciales o se reducen los beneficios en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento. No se cubren los servicios por abuso de sustancias.
	Servicios de hospitalización	<u>Coseguro</u> del 20%; no se cubren los servicios por abuso de sustancias	<u>Coseguro</u> del 70%; no se cubren los servicios por abuso de sustancias	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la red o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento. No se cubren los servicios por abuso de sustancias.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	La participación en los gastos no se aplica a los servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un copago, un coseguro o un deducible. Los cuidados prenatales (salvo las pruebas preventivas exigidas por la ACA y las complicaciones del embarazo) no están cubiertos para los hijos dependientes. La atención a la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otro lugar del SBC (por ejemplo, ecografía). Los gastos de parto no están cubiertos para los hijos dependientes, salvo en caso de complicaciones del embarazo. Se requiere autorización previa fuera de la red o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento (solo se aplica a estancias hospitalarias que duren más de 48 horas para un parto vaginal o 96 horas para una cesárea).
	Servicios profesionales para el parto	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	
	Servicios de atención al parto en el centro	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Asistencia médica a domicilio</u>	<u>Copago</u> de \$40 por visita, luego 20% de <u>coseguro</u> ; no se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 70%	Se requiere autorización previa o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento. Limitado a 30 visitas por año calendario (<u>dentro y fuera de la red</u> combinadas). La atención debe comenzar en los 14 días siguientes al alta de un internamiento hospitalario o en un centro de enfermería especializada.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Copago</u> de \$40 por visita por proveedor, luego 20% de <u>coseguro</u> ; no se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 70%	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Copago</u> de \$40 por visita por proveedor, luego 20% de <u>coseguro</u> ; no se aplica <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 70%	Ninguna
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Se requiere autorización previa fuera de la red o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento. Limitado a 30 días por año calendario (<u>dentro y fuera de la red</u> combinados). El internamiento debe comenzar en los 7 días inmediatamente posteriores a una hospitalización de al menos 5 días consecutivos.
	<u>Equipos médicos duraderos</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Ninguna
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 70%	Se requiere autorización previa fuera de la red o los beneficios se reducen en un 10% hasta una penalización máxima de \$1,000 por procedimiento, incidencia o internamiento.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen ocular infantil	\$10 <u>copago/examen</u>	Sin cargo hasta \$45, después el 100%.	Limitado a un examen oftalmológico cada año calendario. Administrado por separado por CIGNA Vision.
	Lentes para niños	<u>Lentes</u> : copago de \$15; <u>monturas</u> : sin cargo hasta \$130, luego 100%.	<u>Lentes</u> : sin cargo hasta el límite del lente permitido, después el 100%; <u>monturas</u> : sin cargo hasta \$71, luego 100%.	Limitado a lentes cada año calendario y monturas cada dos años calendario. Administrado por separado por CIGNA Vision.
	Revisión dental infantil	Sin cargo; no se aplica <u>deducible</u> ; no se aplica <u>deducible</u> dental.	Sin cargo hasta la <u>cantidad permitida</u> , después el 100%; no se aplica <u>deducible</u> ; no se aplica <u>deducible</u> dental.	Limitado a dos por año calendario. Administrado por separado por CIGNA.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> Acupuntura Cirugía bariátrica Cirugía estética (excepto en los casos exigidos por la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer) 	<ul style="list-style-type: none"> Audífonos Tratamiento de la infertilidad Atención de larga duración Atención no urgente en viajes fuera de EE. UU. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermería privada Cuidados rutinarios de los pies Servicios contra el abuso de sustancias Programas de pérdida de peso (excepto los exigidos por la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible)

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> Atención quiropráctica (tratamiento quiropráctico manipulativo limitado a 10 visitas por año calendario) 	Atención dental (adultos) (\$1.000 máximo por año calendario)	Atención oftalmológica rutinaria (Adultos)

Sus derechos para continuar la cobertura: Existen organismos que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. Los datos de contacto de estos organismos son: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede disponer de otras opciones de cobertura, incluida la contratación de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamación y apelación: Existen organismos que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una queja. Esta queja se denomina reclamación o apelación. Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también brindan información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Si desea más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, póngase en contacto con: el plan llamando al 713-643-9300 o al 1-866-236-3148. También puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o escribiendo a www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan ofrece una cobertura mínima esencial? Sí

La Cobertura Mínima Esencial generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura mínima esencial, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal por primas.

¿Este plan cumple las normas de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple las Normas de Valor Mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal por primas que le ayude a pagar un plan a través del Mercado de Seguros Médicos.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los gastos de una situación médica, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



No se trata de una estimación de costes. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costes reales serán diferentes en función de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los importes de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costes que podría pagar con distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva para el afiliado individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en hospital)

■ <u>Deducible global del plan</u>	\$750
■ <u>Copago por especialista</u>	\$40 + 20%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otros coseguros</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de especialistas (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios en instalaciones de parto
 Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Coste total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Reparto de costes</i>	
<u>Deducibles</u>	\$750
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$2,290
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,100

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención rutinaria dentro de la red de una condición bien controlada)

■ <u>Deducible global del plan</u>	\$750
■ <u>Copago por especialista</u>	\$40 + 20%
■ <u>Coseguro del hospital</u>	20%
■ <u>Otros coseguros</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Coste total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ <u>Deducible global del plan</u>	\$750
■ <u>Copago por especialista</u>	\$40 + 20%
■ <u>Coseguro del hospital</u>	20%
■ <u>Otros coseguros</u>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluido el material médico*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Coste total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Reparto de costes</i>	
<u>Deducibles</u>	\$750
<u>Copagos</u>	\$390
<u>Coseguro</u>	\$780
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,920

El plan se haría cargo de los demás costes de estos servicios cubiertos por el EJEMPLO.

INSCRIPCIÓN EN LOS BENEFICIOS

WWW.SWHBF.COM



Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (DD/ MM/AAAA)	
Domicilio		Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono particular	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			

DATOS DE LOS DEPENDIENTES

Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellidos)	Relación	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA	Sexo
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

NOTA: Se debe presentar documentación cuando se añadan cónyuges y/o personas a cargo - licencia de matrimonio, certificado de nacimiento, etc.

AUTORIZACIÓN

Con este formulario de elección de beneficios, autorizo a mi empleador a inscribir a las personas a mi cargo que se indican más arriba. Entiendo que:

- No puedo modificar esta elección durante el año del plan a menos que se produzca un cambio en mi situación familiar (es decir, matrimonio, divorcio, fallecimiento del cónyuge o de un hijo, nacimiento o adopción de un hijo, cese de empleo del cónyuge) y cualquier otro acontecimiento que el Administrador del Plan determine que permita modificar o revocar una elección.

Firma del empleado

Fecha

** Remitir a la oficina del Fondo en **
8441 Gulf Freeway Suite 304
Houston TX 77017
o puede enviar un fax a la oficina del fondo al
1-866-316-4794



Más información aquí

Si tiene alguna pregunta sobre su plan médico, llame a la oficina del Fondo al 1-866-236-3148
El programa actual de beneficios puede consultarse en el sitio web del Fondo: www.SWHBF.com.