

Club Corp USA, Inc. DBA Invited SimplePay Health Plan

N.º de grupo: 20422

Documento del plan
y
Descripción resumida del plan

Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2024



P.O. Box 853921
Richardson, TX 75085-3921
(800) 925-2272
www.meritain.com

Este librito contiene un resumen en inglés de sus derechos y beneficios del Plan bajo el Plan de Beneficios de Empleados "Club Corp USA, Inc. DBA Invited". Si a usted se le dificulta entender cualquier parte de esto, puede comunicarse con Sherry Videll-Brown durante horas hábiles al (214) 280-2784 o en su oficina: 5221 N. O'Connor Blvd Suite #300, Irving, TX 75039. Usted también puede llamar a la oficina de la Administración del Plan al (814) 772-3850 para solicitar ayuda.

ÍNDICE

ESTABLECIMIENTO DEL PLAN	1
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PLAN.....	2
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN MÉDICA.....	5
LISTA DE BENEFICIOS MÉDICOS: PLAN SIMPLEPAY	8
LISTA DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA: PLAN SIMPLEPAY	12
REQUISITOS PARA LA PARTICIPACIÓN.....	15
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	20
GASTOS MÉDICOS QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS	22
PROGRAMA INSTITUTES OF EXCELLENCE DE AETNA.....	39
BENEFICIOS ALTERNATIVOS	42
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES.....	43
PROGRAMA DE TARJETAS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA	49
COBERTURA DE CONTINUACIÓN CONFORME A LA COBRA.....	52
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS	55
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	64
SUBROGACIÓN, RECUPERACIÓN DE TERCEROS Y REEMBOLSO	69
DEFINICIONES.....	74
ADMINISTRACIÓN DEL PLAN.....	85
INFORMACIÓN ADICIONAL	87
DECLARACIÓN DE DERECHOS CONFORME A LA ERISA.....	89
POLÍTICAS DE PRIVACIDAD CONFORME A LA HIPAA	90
PRÁCTICAS DE SEGURIDAD CONFORME A LA HIPAA	92
INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN	93

ESTABLECIMIENTO DEL PLAN

Club Corp USA, Inc. DBA Invited (el "Empleador" o el "Patrocinador del Plan") ha adoptado este *Documento del plan y Descripción resumida del plan*, en vigor a partir del 1.º de enero de 2024, para Club Corp USA, Inc. DBA Invited SimplePay Health Plan (de aquí en adelante el "Plan" o la "*Descripción resumida del plan*"), como se establece en el presente documento para exclusivo beneficio de sus Empleados y de sus Dependientes que cumplen con los requisitos.

Propósito del Plan

El Patrocinador del Plan ha establecido este Plan para beneficio de sus Empleados y de sus Dependientes que cumplen con los requisitos, según los términos y las condiciones descritos en este documento. Mediante este Plan, el Patrocinador del Plan pretende protegerlos a usted y a su familia contrarrestando algunas de las dificultades económicas que pueden surgir a causa de una Lesión o Enfermedad. Para cumplir con este objetivo, el Patrocinador del Plan debe intentar controlar los costos de cuidado de salud mediante un diseño eficaz del Plan; y el Administrador del Plan debe cumplir con los términos del *Documento del plan y Descripción resumida del plan*. Así, el Patrocinador del Plan podrá distribuir los recursos disponibles para ayudar a las personas inscritas en el Plan a administrar los costos de su cuidado de salud.

El Plan no constituye un contrato de empleo entre usted y su Empleador, y tampoco le otorga el derecho a conservar su puesto al servicio de su Empleador.

El objetivo de este Plan es establecer los términos y las disposiciones del Plan que estipulan el pago o el reembolso de los costos de cuidado de salud, ya sea en forma total o parcial. El Administrador del Plan se encargará de mantener este Plan, y usted o sus Dependientes que cumplen con los requisitos podrán consultarlo en cualquier momento durante el horario laboral habitual.

Adopción de este *Documento del plan y Descripción resumida del plan*

Por el presente documento, el Patrocinador del Plan, en su rol de fideicomitente, adopta este *Documento del plan y Descripción resumida del plan* como la descripción escrita del Plan. Este Plan representa tanto al *Documento del plan* como a la *Descripción resumida del plan*, lo cual es obligatorio según la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 y sus ocasionales enmiendas. Este *Documento del plan y Descripción resumida del plan* enmiendan y reemplazan cualquier declaración anterior de cobertura de cuidado de salud presente en el Plan o en cualquier documento que lo precede.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PLAN

El Administrador del Plan ha establecido un acuerdo mediante el cual se brinda acceso a una o más redes de Proveedores participantes; estas se denominan "Redes". Las Redes disponibles figuran en la tarjeta de identificación del Empleado. Estas ofrecen servicios de cuidado de salud a precios reducidos. Por lo general, recurrir a un proveedor de la Red tendrá un menor costo tanto para el Plan como para usted. Nadie está obligado a obtener cuidado de un proveedor que forma parte de la Red. La elección del proveedor depende exclusivamente de usted. Tampoco tiene la obligación de designar a un Médico de cuidado primario (PCP), pero el Plan le recomienda que lo haga para que lo ayude a administrar el cuidado.

Excepciones con respecto a los Proveedores no participantes

A menos que se establezca lo contrario en este documento, los servicios cubiertos prestados por un Proveedor no participante se pagarán al nivel de los Proveedores participantes según las disposiciones habituales del Plan cuando ocurra lo siguiente:

- (1) La Persona cubierta no tiene la posibilidad de recurrir a un Proveedor participante.
- (2) La Persona cubierta tiene una Enfermedad de emergencia que requiere cuidado inmediato*.
- (3) La Persona cubierta recibe servicios de un Proveedor no participante que tiene un acuerdo con un centro de la Red*.
- (4) Un Proveedor participante envía una muestra al laboratorio de un Proveedor no participante.
- (5) La Persona cubierta recibe servicios de un cirujano de la Red que trabaja con un Asistente quirúrgico que no pertenece a la Red.
- (6) El Hijo Dependiente reside fuera del área de servicio de la Red.
- (7) No hay ningún Proveedor participante disponible en un radio de 50 millas del lugar de residencia de la Persona cubierta.

*** NOTA:** Si recibe una Factura inesperada por servicios cubiertos brindados por un Proveedor no participante que tiene un acuerdo con un centro de la Red, y la Persona cubierta no tuvo control sobre la participación de Proveedores no participantes en su cuidado, o cuando una Persona cubierta recibe Servicios de emergencia de un Proveedor no participante a causa de una Enfermedad de emergencia, el costo compartido dependerá de la tarifa contractual promedio.

No todos los proveedores que trabajan en Hospitales o centros médicos de la Red son Proveedores participantes. Cuando ingrese en un Hospital o centro médico, es importante que solicite que TODOS los servicios prestados por Médicos sean brindados por Proveedores participantes. Si hace esto, recibirá siempre el nivel más alto de beneficios de Proveedores participantes.

Puede acceder sin cargo a una lista actualizada de Proveedores participantes, por medio del sitio web del Administrador externo, www.meritain.com. Si no tiene acceso a una computadora en su hogar, puede comunicarse con su Empleador o con la Red llamando al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación del Empleado para obtener una copia impresa de los Proveedores participantes disponibles.

Puede elegir libremente cualquier proveedor y usted, junto con su proveedor, son responsables en última instancia de determinar el tratamiento médico adecuado, independientemente de si el Plan pagará todos los costos de dicho cuidado o solo una parte de este. Los Proveedores participantes son contratistas independientes. Ni el Plan ni el Administrador del Plan ofrecen ninguna garantía respecto de la calidad del cuidado que pueda brindar cualquier Proveedor participante.

Cuidado de transición

Es posible que ciertos Gastos cubiertos se paguen al nivel de beneficios del Proveedor participante correspondiente si la Persona cubierta se encuentra en pleno plan de tratamiento indicado por un Médico u otro proveedor del cuidado de la salud o centro que eran miembros de la Red anterior de este Plan, pero que no forman parte de la Red actual. A fin de garantizar la continuidad del cuidado de determinadas enfermedades en pleno tratamiento, es posible que el nivel de beneficios del Proveedor participante se extienda durante 90 días en el caso de afecciones aprobadas para cuidado de transición. Las siguientes enfermedades o circunstancias, entre otras, pueden considerarse para el cuidado de transición:

- (1) Cáncer si la persona se encuentra en pleno tratamiento con quimioterapia o radioterapia.
- (2) Trasplante de órganos en pacientes que están en pleno tratamiento (con visitas regulares al Médico; incluidos en una lista de espera para recibir un trasplante; preparados para ser trasplantados en cualquier momento).
- (3) Si la Persona cubierta está internada en un Hospital en la fecha de entrada en vigor.
- (4) Cirugías o Lesiones con cuidados intermedios durante los últimos tres meses.
- (5) Embarazo en el segundo o tercer trimestre, y cuidado hasta ocho semanas después del parto.
- (6) Salud emocional y psicológica: cualquier tratamiento anterior.

Usted o su Dependiente deben llamar al Administrador del Plan antes de la fecha de entrada en vigor o dentro de las cuatro semanas posteriores a dicha fecha para saber si usted o sus Dependientes cumplen con los requisitos para obtener este beneficio.

Los procedimientos de rutina, el tratamiento de enfermedades crónicas estables, las enfermedades leves y determinados Procedimientos quirúrgicos no tendrán la cobertura de los beneficios en el nivel de transición.

Continuidad del cuidado (cómo conservar un proveedor al que acude actualmente)

Es posible que deba buscar un nuevo proveedor en los siguientes casos:

- (1) Se produce un cambio en la Red del Plan, y el proveedor que usted tiene actualmente ya no forma parte de la nueva Red.
- (2) Usted ya está inscrito en un Plan, y su proveedor deja de participar en la Red de este.

Sin embargo, en algunos casos, puede continuar con el proveedor actual para completar un tratamiento o recibir un tratamiento que ya estaba programado. Esto se denomina “continuidad del cuidado”. Si usted está embarazada y se encuentra en el segundo trimestre, este período comprenderá el tiempo necesario para recibir el cuidado posparto directamente relacionado con el parto. Los procedimientos de rutina, las enfermedades leves y los Procedimientos quirúrgicos electivos no suelen estar cubiertos según esta disposición.

Llame al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación para obtener información adicional sobre cómo presentar una solicitud de continuidad del cuidado. Si se aprueba su solicitud de continuar con el proveedor actual, le informaremos por cuánto tiempo podrá seguir con las consultas. El reembolso de la continuidad del cuidado aprobada se otorgará al nivel de beneficios del Proveedor participante correspondiente y según las estipulaciones habituales del Plan.

Costos

Usted debe pagar una parte de los costos de los Gastos cubiertos conforme al Plan, incluido (según corresponda) cualquier copago que no pague el Plan, hasta alcanzar el Desembolso máximo que establezca el Plan. Es posible que haya diferencias en los costos si recurre a un Proveedor participante o uno no participante.

Desembolso máximo

Un Desembolso máximo es el monto mayor que usted o los miembros de su familia pagarán por los gastos que cumplan con los requisitos y se realicen durante un Año calendario antes de que el porcentaje pagadero conforme al Plan alcance el 100 %.

El Desembolso máximo por persona se aplica a una Persona cubierta con cobertura individual. Cuando una Persona cubierta alcance su Desembolso máximo, el Plan pagará el 100 % de los gastos adicionales que cumplan con los requisitos para esa persona durante el resto de ese Año calendario.

El Desembolso máximo familiar se aplica en conjunto a todas las Personas cubiertas de ese mismo grupo familiar. El Desembolso máximo familiar es el monto máximo que los miembros de la familia cubiertos deben alcanzar durante un Año calendario. Se debe alcanzar el Desembolso máximo familiar en su totalidad. No obstante, cada miembro de la familia no está obligado a contribuir más que el monto de Desembolso individual al Desembolso máximo familiar antes de que el Plan pague el 100 % de los Gastos cubiertos para cualquier Persona cubierta de la familia durante el resto del Año calendario.

Es posible que el Desembolso máximo sea más alto para los Proveedores que no son participantes que para los que sí lo son. Sin embargo, tenga en cuenta que no todos los Gastos cubiertos cumplen con los requisitos para alcanzar el Desembolso máximo. Entre los tipos de gastos que no cumplen con los requisitos para alcanzar el Desembolso máximo (gastos no acumulables) están incluidos los siguientes:

- (1) Gastos que superen los Cargos habituales para los Proveedores no participantes.
- (2) Cargos no cubiertos por este Plan.

El reembolso de cualquier gasto no acumulable que cumpla con los requisitos se realizará según el porcentaje pagadero que figura en la *Lista de beneficios*, sujeto a los máximos del Plan.

El Plan no reembolsará ningún cargo que no sea un Gasto cubierto. Además, usted debe pagar cualquier gasto que supere el Cargo habitual para los Proveedores no participantes. Esto podría ocasionar que usted pague una parte significativa de su reclamo. Ninguno de estos montos se tendrá en cuenta para alcanzar el Desembolso máximo.

Una vez que haya alcanzado el Desembolso máximo para los gastos que cumplan con los requisitos Realizados durante un Año calendario, el Plan le reembolsará los gastos adicionales que cumplan con los requisitos durante ese año al 100 %.

Si no está seguro si determinado cargo es un Gasto cubierto o si cumple con los requisitos para alcanzar el Desembolso máximo, comuníquese con el Administrador del Plan para que lo oriente.

Integración de los montos de Desembolso máximo

Si recurre a Proveedores participantes y Proveedores no participantes de forma combinada, el monto total de Desembolso máximo que se debe pagar se establece por separado y no se integra. Es decir, deberá alcanzar el monto de Desembolso máximo para los Proveedores participantes y para los no participantes de forma independiente.

Todos los demás montos máximos (p. ej., por Año calendario o de por vida) se combinan.

Integración de Deducibles y montos de Desembolsos máximo

Si recurre a Proveedores participantes y no participantes de forma combinada, el monto de Deducible total que se debe pagar será combinado tanto para los Proveedores participantes como para los no participantes durante un único Año calendario.

Si recurre a Proveedores participantes y Proveedores no participantes de forma combinada, el monto total de Desembolso máximo que se debe pagar se establece por separado y no se integra. Es decir, deberá alcanzar el monto de Desembolso máximo para los Proveedores participantes y para los no participantes de forma independiente.

Todos los demás montos máximos (p. ej., por Año calendario o de por vida) se combinan.

Beneficios de salud no esenciales

Un beneficio de salud esencial se define en la sección 1302(b) de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y responde a la definición que plantea la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los beneficios de salud esenciales incluyen las siguientes categorías generales y los artículos y servicios cubiertos dentro de dichas categorías: servicios para pacientes ambulatorios; Servicios de emergencia; hospitalización; cuidado durante la maternidad y del recién nacido; servicios de salud mental y por abuso de sustancias (incluido el tratamiento de salud emocional y psicológica); Medicamentos con receta; servicios y dispositivos de rehabilitación y de enseñanza de habilidades; servicios de laboratorio; servicios preventivos y para el bienestar; manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluido el cuidado de la vista y la salud oral.

El Plan considera que los siguientes artículos o servicios son beneficios de salud no esenciales:

- (1) Pelucas.

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN MÉDICA

La Administración Médica es un programa diseñado para ayudarlo a estar seguro de que usted y sus Dependientes que cumplen con los requisitos reciban el cuidado de salud adecuado mientras evitan gastos innecesarios. El objetivo del programa no es ejercer la práctica de la medicina ni reemplazar la evaluación clínica del Médico tratante u otro proveedor del cuidado de la salud. La información de contacto del Administrador del Programa de Administración Médica de este Plan se encuentra en la tarjeta de identificación del Empleado y también en la página de información general de este Plan.

Precertificación

Antes de que usted o sus Dependientes que cumplen con los requisitos sean admitidos en un centro médico o reciban algún artículo o servicio de los que se enumeran más abajo, el Administrador del Programa de Administración Médica certificará el cuidado, sobre la base de la información clínica brindada por el proveedor o el centro, de acuerdo con las políticas, procedimientos y pautas del administrador del Programa de Administración Médica. Luego de certificarse el entorno de internación, al trabajar directamente con su Médico, el Administrador del Programa de Administración Médica podrá identificar y aprobar el entorno más adecuado y rentable para el tratamiento a medida que este se lleve a cabo. El Administrador del Programa de Administración Médica también coordinará con el Médico tratante y el centro la implementación inicial de cualquier servicio que necesite el paciente luego de la hospitalización (denominada “planificación de alta”) y brindará asistencia en dicho proceso. Esto puede incluir registrarlo en programas especializados o en el manejo de casos, cuando sea necesario.

Su proveedor puede certificar con antelación algún tratamiento; sin embargo, antes de realizar algún Gasto cubierto, usted debe comprobar que el proveedor haya obtenido la precertificación. Si usted o el proveedor no certifican el tratamiento según los plazos que se describen más abajo, es posible que se requiera una revisión retrospectiva. Una revisión retrospectiva (según lo indica el Plan) determinará la Necesidad médica de los servicios y si habrían sido aprobados si se hubiera realizado la correspondiente llamada telefónica, siempre y cuando los Gastos cubiertos cumplan con todas las disposiciones y requisitos del Plan. Sin embargo, se rechazará cualquier cargo que no se considere Médicamente necesario.

Manejo de casos

En función del nivel de cuidado necesario, el administrador de casos coordinará e implementará el programa de manejo de casos brindando información y orientación sobre recursos disponibles, y sugerencias sobre el plan de tratamiento más adecuado. Todas las partes involucradas (p. ej., el Plan, el Médico tratante y el paciente) deben estar de acuerdo con el plan de tratamiento alternativo adaptado a cada paciente. Cada plan de tratamiento es específico para cada paciente y no debe tomarse como un plan adecuado o recomendado para cualquier otra persona, aunque ambos tengan el mismo diagnóstico. El manejo de casos es un servicio voluntario. No hay reducciones de beneficios ni multas si usted o sus Dependientes que cumplen con los requisitos deciden no participar.

Plazos importantes para tener en cuenta

Usted, su Médico, el centro o una persona que actúe en su nombre deben llamar al Administrador del Programa de Administración Médica (al número que figura en la tarjeta de identificación del Empleado o en la página de información general de este Plan) en los plazos especificados a continuación para lo siguiente:

Ingreso que no es por emergencia	48 horas <u>antes</u> del ingreso programado
Servicios que no son de emergencia	48 horas <u>antes</u> del momento programado para recibir los servicios
Ingreso por emergencia	Dentro de las 48 horas o si es después, en el siguiente día hábil <u>posterior</u> a la fecha de ingreso

Si el Médico tratante considera que es Médicamente necesario que un paciente reciba servicios por un tiempo mayor que el que se certificó inicialmente, el Médico tratante o el centro médico deberán solicitar servicios o días adicionales tan pronto como sea razonablemente posible, pero antes del último día autorizado.

Lista de artículos o servicios que requieren precertificación

Los siguientes artículos o servicios, si son Gastos cubiertos por el Plan, deben contar con la correspondiente precertificación para que se brinden los servicios médicos. Para determinar si un beneficio está cubierto o no, consulte las secciones “Gastos médicos que cumplen con los requisitos” o “Exclusiones y limitaciones generales” del Plan.

Todas las internaciones:

- Afecciones graves
- Cuidado agudo a largo plazo
- Centro de rehabilitación
- Trastorno mental o Trastorno por abuso de sustancias
- Centro residencial de tratamiento
- Trasplantes
- Centro de enfermería especializada

Servicios de diagnóstico (cuidado ambulatorio y del Médico):

- Tomografía computarizada para servicios no ortopédicos
- Resonancia magnética para servicios no ortopédicos
- Tomografía por emisión de positrones
- Endoscopia capsular
- Pruebas genéticas (incluida la prueba del gen BRCA)
- Estudio del sueño

Cirugía (incluidas las que se realizan en el consultorio del Médico):

- Biopsia de seno y de médula ósea
- Tiroidectomía (parcial o total)
- Prostatectomía abierta
- Ooforectomía (unilateral y bilateral)
- Cirugías de espalda e implantes relacionados con la Cirugía
- Aloiinjerto osteocondral de rodilla
- Histerectomía (incluida la profilaxis)
- Implante de condrocitos autólogos (Carticel)
- Trasplantes (se excluyen las córneas)
- Sinuplastia con balón
- Cirugías relacionadas con la apnea del sueño, limitadas a lo siguiente:
 - ablación por radiofrecuencia (coablación, somnoplastia);
 - uvulopalatofaringoplastia, incluidos procedimientos asistidos por láser.

Servicios de continuación del cuidado (ambulatorio y del Médico):

- Quimioterapia (incluida la administración oral)
- Radioterapia
- Tratamientos, infusiones e inyecciones con fines oncológicos y de trasplantes (p. ej., CAR-T, terapia endocrina e inmunoterapia); no se incluyen los medicamentos de respaldo (p. ej., antieméticos y antihistamínicos)
- Oxígeno hiperbárico
- Cuidado de salud en el hogar
- Equipo médico duradero, limitado a motonetas eléctricas o motorizadas, o sillas de rueda y dispositivos de compresión neumática
- Terapia genética

Notas importantes:

- ❖ Le recomendamos que obtenga precertificación si un procedimiento pudiera considerarse Experimental o en Investigación, o es de naturaleza potencialmente Cosmética (por ejemplo, entre otros, abdominoplastia, cervicoplastia, liposucción/lipectomía, mamoplastia [cirugía de aumento o reducción: incluye la extracción de implantes], procedimientos para la Obesidad mórbida, septoplastia, etc.).
- ❖ NO SE REQUIERE precertificación para un ingreso por parto materno, a menos que la internación se extienda de las 48 horas para un parto vaginal y de las 96 horas para una cesárea. Una internación hospitalaria comienza en el momento del parto o, en el caso de los partos fuera del Hospital, cuando el recién nacido o la madre son admitidos en el Hospital luego del parto y siempre que la internación esté relacionada con el parto. Si un recién nacido permanece hospitalizado luego de los plazos especificados, la internación debe contar con la precertificación del Administrador del Programa de Administración Médica.

Lista recomendada de artículos o servicios que requieren prenotificación

Los siguientes artículos o servicios, si son Gastos cubiertos por el Plan, requieren prenotificación antes de que se preste cualquier servicio médico. Para determinar si un beneficio está cubierto o no, consulte las secciones “Gastos médicos que cumplen con los requisitos” o “Exclusiones y limitaciones generales” de este documento.

- Biopsias (se excluye la de piel)
- Dispositivos de acceso vascular para la infusión de quimioterapia (incluido, entre otros, catéter central de inserción periférica y líneas centrales)
- Creación y control de una fístula arteriovenosa o cánula entre vasos sanguíneos para diálisis
- Diálisis

La prenotificación se utiliza para informar al Programa de Administración Médica sobre futuros servicios. Es un proceso de ingreso de datos que no requiere evaluación ni interpretación para determinar la Necesidad médica. Usted, el paciente o un representante que actúe en nombre suyo o en el del paciente pueden dar inicio al proceso mediante una llamada telefónica. No habrá reducciones de beneficios ni multas si se omite el proceso de prenotificación.

La prenotificación no es garantía de pago

La precertificación de los beneficios mencionados garantiza que el servicio que se preste sea Médicamente necesario y adecuado. Todos los beneficios y pagos están sujetos al cumplimiento de requisitos del paciente para obtener beneficios conforme al Plan. Para que se paguen los beneficios, los servicios brindados deben considerarse Gastos cubiertos y estar sujetos a todas las otras disposiciones del Plan.

Para presentar una queja o una solicitud de apelación por no otorgarse la certificación

Si se determina que el artículo o servicio no es Médicamente necesario, recibirá una notificación en la que le explicarán los motivos. Las solicitudes de apelación de carácter verbal y la información relacionada con el proceso de apelación deben dirigirse al Administrador del Programa de Administración Médica según figura en la página de información general de este Plan.

LISTA DE BENEFICIOS MÉDICOS: PLAN SIMPLEPAY

PLAN POS SIMPLEPAY	PROVEEDORES PARTICIPANTES	PROVEEDORES NO PARTICIPANTES (sujetos a Cargos habituales)
<p>NOTA: No hay montos de deducible o coseguro en los planes SimplePay Health. Los pagos de SimplePay nunca excederán el monto total permitido por un servicio de cuidado de salud. Las variaciones en los pagos de SimplePay se describen en la tabla a continuación. Los pagos efectuados a SimplePay son responsabilidad de la Persona cubierta. Para consultar las variaciones en los pagos de SimplePay especificadas por proveedor y por servicio, visite www.simplepayhealth.com o envíe un correo electrónico a healthpro@simplepayhealth.com para comunicarse con un representante de salud HealthPro y obtener más información.</p>		
BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA	Sin límite.	
BENEFICIO MÁXIMO POR AÑO CALENDARIO	Sin límite.	
DESEMBOLSO MÁXIMO POR AÑO CALENDARIO (combinado con la tarjeta para Medicamentos con receta)		
Individual	\$6,500	Sin límite.
Familiar	\$13,000	Sin límite.
BENEFICIOS MÉDICOS	LA PERSONA CUBIERTA PAGA	
Servicios para alergias (todos)	\$65-\$140	\$170
Servicios de ambulancia	\$580	Usted paga al nivel de beneficios de Proveedores participantes.
Centro quirúrgico ambulatorio	\$1,020-\$2,260	\$2,710
Centro de nacimientos	\$3,130-\$6,500	\$7,800
Rehabilitación cardíaca (ambulatoria)	\$65-\$140	\$170
Quimioterapia (ambulatoria)	Se paga en función del lugar del servicio.	Se paga en función del lugar del servicio.
Cuidado quiropráctico o manipulación de la columna vertebral	\$65-\$140	\$170
Terapia de rehabilitación cognitiva (ambulatoria)	\$65-\$140	\$170
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio (ambulatorios)		
Servicios de laboratorio para diagnóstico	\$90-\$195	\$235
Radiología de diagnóstico	\$90-\$195	\$235
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, tomografía computarizada y por emisión de positrones, densidad ósea, gammagrafía mamaria, endoscopia capsular y medicina nuclear)	\$315-\$695	\$835
Diálisis (ambulatoria)	\$1,020-\$2,260	\$2,710
Equipo médico duradero	\$140-\$315	\$380
Servicios de emergencia: Enfermedad de emergencia	\$580	Usted paga al nivel de beneficios de Proveedores participantes.
Servicios en la sala de emergencias: Enfermedad que no es de emergencia	Sin cobertura.	Sin cobertura.

PLAN POS SIMPLEPAY	PROVEEDORES PARTICIPANTES	PROVEEDORES NO PARTICIPANTES (sujetos a Cargos habituales)
Cuidado de salud en el hogar	\$65-\$140	\$170
Beneficio máximo por Año calendario	30 visitas.	
Cuidado de Hospicio	\$340-\$755	\$905
Asesoramiento por aflicción en un centro de cuidado de Hospicio	\$65-\$140	\$170
Gastos de Hospital o Centro/Hospital de cuidado agudo a largo plazo (cargos del centro)		
Con internación (incluye servicios y suministros varios)	\$3,130-\$6,500	\$7,800
Monto permitido por habitación y comida	* Tarifa de Habitación semiprivada.	* Tarifa de Habitación semiprivada.
Unidad de cuidados intensivos	Tarifa de la Unidad de cuidados intensivos o críticos.	Tarifa de la Unidad de cuidados intensivos o críticos.
Servicios ambulatorios	\$1,020-\$2,260	\$2,710
* Una habitación privada se considerará que cumple con los requisitos cuando sea Médicamente necesaria. Se considerarán las tarifas menos costosas para los cargos establecidos por un Hospital que tiene solo habitaciones individuales o privadas.		
Terapia de infusión (ambulatoria)	\$1,020-\$2,260	\$2,710
Servicios y suministros para diabéticos Livongo (brindados por Livongo únicamente)	\$0	No aplica.
Los servicios y suministros para diabéticos brindados por Livongo están cubiertos por un monto de \$0. Todos los demás suministros para diabéticos brindados por un Proveedor participante se pagarán según la categoría correspondiente de esta <i>Lista de beneficios médicos</i> , como el Equipo médico duradero.		
Maternidad (cargos que no pertenecen al centro)*		
Apoyo preventivo prenatal y durante la lactancia (consultas no relacionadas con lactancia)	\$0	Sin cobertura.
Consultas sobre lactancia	\$0	\$0
Todo otro cuidado prenatal y posnatal	Se paga en función del lugar del servicio.	Se paga en función del lugar del servicio.
Parto	\$0 (incluidos cargos del centro).	\$0 (incluidos cargos del centro).
* Consulte la sección sobre servicios preventivos en "Gastos médicos que cumplen con los requisitos" para conocer las limitaciones.		
Suministros médicos y quirúrgicos	\$140-\$315	\$380
Trastornos mentales y Trastornos por abuso de sustancias		
Con internación (tarifas del centro y de profesionales)	\$3,130-\$6,500	\$7,800
Servicios ambulatorios:		
Visitas al consultorio	\$30-\$70	\$85
Todos los demás servicios de cuidado ambulatorio (tarifas del centro y de profesionales)	\$1,020-\$2,260	\$2,710
NOTA: El cuidado de emergencia (servicios de ambulancia y de emergencia/en sala de emergencias) se pagará de la misma manera que los beneficios de servicios de ambulancia y Servicios de emergencia/en sala de emergencias mencionados antes en la <i>Lista de beneficios médicos</i> ; sin embargo, siempre se aplicará el nivel de beneficios de Proveedores participantes, independientemente del proveedor al que se consulte.		

PLAN POS SIMPLEPAY	PROVEEDORES PARTICIPANTES	PROVEEDORES NO PARTICIPANTES (sujetos a Cargos habituales)
MinuteClinic	\$0	No aplica.
Obesidad mórbida (Cirugía)		
Cirugía con internación (cargos del centro)	\$3,130-\$6,500	Sin cobertura.
Cirugía ambulatoria (cargos del centro)	\$1,020-\$2,260	Sin cobertura.
Beneficio máximo de por vida	1 Procedimiento quirúrgico.	
Asesoramiento nutricional	\$65-\$140	\$170
NOTA: Incluye cualquier artículo o servicio no cubiertos según lo estipulado en la sección sobre servicios preventivos.		
Terapia ocupacional (ambulatoria)	\$65-\$140	\$170
Beneficio máximo por Año calendario	30 visitas.	
Terapia física (ambulatoria)	\$65-\$140	\$170
Beneficio máximo por Año calendario	30 visitas.	
Servicios prestados por un Médico		
Servicios con internación o ambulatorios	\$0 (incluidos cargos del centro).	\$0 (incluidos cargos del centro).
Visitas al consultorio:		
Médico de cuidado primario (PCP)	\$30-\$70	\$85
Especialista	\$65-\$140	\$170
Terapia aural luego de la colocación de implante coclear	\$65-\$140	\$170
Servicios preventivos y cuidado de rutina		
Servicios preventivos (incluye la visita al consultorio y cualquier otro artículo que cumpla con los requisitos brindado en el mismo momento que el servicio preventivo, tanto si se facturan juntos como por separado)	\$0	Sin cobertura.
Cuidado de rutina (incluye cualquier artículo o servicio de cuidado de rutina no cubierto por lo estipulado en servicios preventivos más arriba)	\$0	Sin cobertura.
Servicios de laboratorio para diagnóstico de rutina	\$20-\$45	\$55
Radioterapia (ambulatoria)	Se paga en función del lugar del servicio.	Se paga en función del lugar del servicio.
Terapia pulmonar o respiratoria (ambulatoria)	\$65-\$140	\$170
Centro de enfermería especializada y Centro de rehabilitación	\$2,765-\$6,145	\$7,375
Beneficio máximo por Año calendario combinado	25 días.	
Terapia auditiva o del habla (ambulatoria)	\$65-\$140	\$170
Beneficio máximo por Año calendario	30 visitas.	
Procedimientos de esterilización	\$1,020-\$2,260	\$2,710
NOTA: Incluye cualquier artículo o servicio no cubiertos según lo estipulado en la sección sobre servicios preventivos.		

PLAN POS SIMPLEPAY	PROVEEDORES PARTICIPANTES	PROVEEDORES NO PARTICIPANTES (sujetos a Cargos habituales)
Proveedores de la red de Teladoc	\$0	No aplica.
Telemedicina		
Trastornos mentales y Trastornos por abuso de sustancias	Se pagan igual que los beneficios por las visitas al consultorio del PCP (no se aplican exclusiones ni montos máximos).	Se pagan igual que los beneficios por las visitas al consultorio del PCP (no se aplican exclusiones ni montos máximos).
Todos los demás servicios de proveedores	Se pagan igual que los beneficios por las visitas al consultorio del PCP y del Especialista (no se aplican exclusiones ni montos máximos).	Se pagan igual que los beneficios por las visitas al consultorio del PCP y del Especialista (no se aplican exclusiones ni montos máximos).
Trasplantes	\$3,130-\$6,500 (Programa IOE de Aetna)*. \$7,800 (todos los demás proveedores de la red).	\$7,800
* Consulte la sección sobre el Programa Institutes of Excellence (IOE) de Aetna de este Plan para obtener una descripción más detallada de este beneficio, lo que incluye gastos máximos de viaje y alojamiento. Servicios de viaje y alojamiento sin cargo.		
NOTA: Los trasplantes de córnea realizados por cualquier proveedor están cubiertos conforme al Plan como un beneficio por separado y se pagan como cualquier otra Enfermedad.		
Gastos de viaje y alojamiento (solo para abortos electivos)	\$0	
NOTA: Consulte el beneficio sobre gastos de viaje y alojamiento en la sección sobre Gastos médicos que cumplen con los requisitos para obtener una descripción más detallada de este beneficio, incluidos los montos máximos.		
Centro de cuidado de urgencia	\$65-\$140	\$170
Peluca (consulte la sección sobre Gastos médicos que cumplen con los requisitos)	\$140-\$315	\$380
Beneficio máximo de por vida	\$500	
Todos los demás Gastos médicos que cumplen con los requisitos	\$0-\$6,500	\$0-\$7,800

LISTA DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA: PLAN SIMPLEPAY

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	BENEFICIO
NOTA: Los Medicamentos con receta obtenidos de un Proveedor no participante no están cubiertos por este Plan.	
DESEMBOLSO MÁXIMO POR AÑO CALENDARIO (combinado con el desembolso de la cobertura médica principal)	
Individual	\$6,500
Familiar	\$13,000
Farmacia al por menor: suministro para 30 días	
Medicamentos genéricos	\$20-\$40
Medicamentos preferidos	\$50-\$100
Medicamentos no preferidos	\$75-\$150
Medicamentos preventivos (Medicamentos con receta clasificados como preventivos según el Departamento de Salud y Servicios Humanos)	\$0 (pagado al 100 %).
Programa de farmacias de especialidad obligatorio: suministro para 30 días	
Medicamentos de especialidad	
Medicamentos de especialidad no disponibles mediante PrudentRx Solution	\$100
Paciente inscrito; disponible mediante PrudentRx Solution	\$0
Paciente no inscrito; disponible mediante PrudentRx Solution	30 %
NOTA: Los Medicamentos de especialidad se DEBEN obtener directamente en la farmacia de especialidad. Los Medicamentos de especialidad no están disponibles en farmacias al por menor o de órdenes por correo, y no se brindan abastecimientos de gracia a Personas cubiertas.	
NOTA: PrudentRx Solution ayuda a las personas a inscribirse en programas de fabricantes que brindan asistencia para pagar los copagos. Los medicamentos en el nivel de especialidad estarán sujetos a un copago del 30 % si dichos medicamentos están disponibles a través del programa y usted no se inscribe. Sin embargo, las personas inscritas que reciban una tarjeta de copagos para los Medicamentos de especialidad (si corresponde) tendrán gastos de desembolso de \$0 por los medicamentos con receta cubiertos conforme al programa PrudentRx Solution. Comuníquese con PrudentRx al (800) 578-4403 si tiene alguna duda con respecto al programa PrudentRx Solution.	
Farmacia al por menor (red solo para suministro extendido en días): suministro para 90 días	
Medicamentos genéricos	\$40
Medicamentos preferidos	\$100
Medicamentos no preferidos	\$150
Medicamentos preventivos (Medicamentos con receta clasificados como preventivos según el Departamento de Salud y Servicios Humanos)	\$0 (pagado al 100 %).
Farmacia de órdenes por correo: suministro para 90 días	
Medicamentos genéricos	\$40
Medicamentos preferidos	\$100
Medicamentos no preferidos	\$150
Medicamentos preventivos (Medicamentos con receta clasificados como preventivos según el Departamento de Salud y Servicios Humanos)	\$0 (pagado al 100 %).

NOTA: Ciertas clases de Medicamentos con receta están sujetas a la Terapia escalonada. (Consulte la sección sobre el Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta a fin de obtener más información sobre la terapia escalonada).

NOTA: Ciertos Medicamentos con receta deben ser aprobados para que pueda entregarse el medicamento. Para obtener una lista actualizada de los medicamentos que requieren autorización previa, comuníquese con el Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta.

Red para suministro extendido en días

Este Plan le permite comprar un suministro para 30 días de medicamentos de mantenimiento en cualquier farmacia al por menor. Un suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento se debe obtener en una farmacia al por menor de la red para suministro extendido en días o por medio del programa de órdenes por correo. Para obtener más información, comuníquese con el Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta.

Entregar tal como se prescribe

Mediante el Plan, se exige que en las farmacias se proporcionen medicamentos genéricos cuando estén disponibles, a menos que el Médico indique específicamente un medicamento preferido o no preferido y aclare que debe “entregarse tal como se prescribe”. Cuando una Persona cubierta elija un medicamento preferido o no preferido en reemplazo de su equivalente genérico, cuando el médico indicó el despacho de dicho medicamento genérico, la Persona cubierta será responsable de la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el medicamento preferido o no preferido. La diferencia de costo no está cubierta por el Plan y no se acumulará para alcanzar el Desembolso máximo.

Advanced Control Specialty Formulary

El *Formulario Advanced Control Specialty Formulary (ACSF)* propone un enfoque sumamente dinámico y presenta tendencias en el manejo de Medicamentos de especialidad. Es una guía que hace referencia a exclusiones al *Formulario*, al manejo de medicamentos nuevos en el mercado y a estrategias de división en niveles para garantizar la utilización médicamente adecuada y la rentabilidad de las terapias con Medicamentos de especialidad.

Programa de Acumulación Verdadera de CVS

Es posible que algunos Medicamentos de especialidad reúnan los requisitos para incluirse en programas de terceros para asistencia con el manejo de copagos, lo cual podría reducir los costos de desembolso de esos productos. Por los Medicamentos de especialidad con los que se utilice la asistencia de copagos de terceros, no se le otorgará crédito alguno a la Persona cubierta para alcanzar el Desembolso máximo o deducible por cualquier monto de coseguro o copago aplicado al cupón o reintegro de un fabricante.

PrudentRx Solution para Medicamentos de especialidad

A fin de brindarle un programa integral y rentable de Medicamentos con receta para usted y su familia, su Empleador ha establecido un acuerdo para ofrecer PrudentRx Solution con determinados Medicamentos de especialidad. PrudentRx Solution ayuda a los miembros a inscribirse en programas de fabricantes que brindan asistencia para pagar los copagos. Los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos del Programa PrudentRx* forman parte del programa y estarán sujetos a un copago del 30 %, luego de cumplir con cualquier deducible que corresponda. Sin embargo, si un miembro recibe los beneficios de PrudentRx Solution, que también incluye la inscripción en algún programa disponible de fabricantes que brindan asistencia para pagar los copagos de Medicamentos de especialidad, el miembro tendrá gastos de desembolso de \$0 por los Medicamentos con receta cubiertos por PrudentRx Solution.

La asistencia con los copagos es un proceso mediante el cual los fabricantes de medicamentos ofrecen apoyo financiero a los pacientes al cubrirles una gran parte o la totalidad del costo compartido de ciertos medicamentos, mayormente, los de especialidad. PrudentRx Solution ayudará a los miembros a obtener asistencia con los copagos de fabricantes de medicamentos a fin de reducir el costo compartido para el miembro de los medicamentos que cumplan con los requisitos y, por consiguiente, de los gastos de desembolso. Para participar en el programa, es necesario compartir ciertos datos con los administradores de estos programas de asistencia. Sin embargo, le garantizamos que esto se hace en estricto cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA).

Si está tomando uno o más Medicamentos de especialidad incluidos en la *Lista de medicamentos del Programa PrudentRx*, le llegará una carta de bienvenida de PrudentRx para brindarle información sobre PrudentRx Solution y cómo se relaciona con su medicamento. Todos los miembros que tomen Medicamentos de especialidad y que cumplan con los requisitos deben llamar a PrudentRx al (800) 578-4403 para registrarse en algún programa disponible de fabricantes que brindan asistencia para pagar los copagos. Esto se debe a que algunos fabricantes exigen que la persona se haya registrado para aprovechar la asistencia con los copagos de los medicamentos. Si usted no llama a PrudentRx, ellos se pondrán en contacto con usted para ayudarlo con sus preguntas y la inscripción. Si no desea tener la cobertura de PrudentRx Solution, llame al (800) 578-4403. Los miembros que cumplan con los requisitos y no se inscriban en algún programa disponible de fabricantes que brindan asistencia para pagar los copagos, o que rechacen la cobertura de PrudentRx Solution, serán responsables de la totalidad del copago del 30 % para los Medicamentos de especialidad que cumplan con los requisitos de PrudentRx Solution.

Si usted o un miembro de su familia cubierto están por comenzar a tomar un nuevo medicamento incluido en la cobertura de PrudentRx Solution, pueden comunicarse con PrudentRx Solution. O bien ellos harán todo lo posible para ponerse en contacto con usted para que aproveche al máximo PrudentRx Solution. Llame al (800) 578-4403 para comunicarse con PrudentRx si tiene alguna pregunta sobre PrudentRx Solution.

La *Lista de medicamentos del Programa PrudentRx* se actualiza con regularidad.

Los pagos realizados en su nombre, incluidos aquellos efectuados mediante un programa de fabricantes que brindan asistencia para pagar los copagos, por los medicamentos cubiertos por PrudentRx Solution no se tendrán en cuenta para alcanzar el deducible o Desembolso máximo del Plan (si corresponde), a menos que la ley exija lo contrario. Asimismo, los pagos que usted efectúe por un medicamento que no reúne los requisitos de "beneficio de salud esencial" según la Ley de Cuidado de Salud Asequible no se tendrán en cuenta para alcanzar el monto de deducible o Desembolso máximo (si lo hubiera), a menos que la ley exija lo contrario. Está disponible una lista de Medicamentos de especialidad que no se consideran beneficios de salud esenciales según la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Se puede recurrir a un proceso de excepción a fin de determinar si un medicamento que no se considera un beneficio de salud esencial según la Ley de Cuidado de Salud Asequible es Medicamento necesario para una persona en particular.

Llame al (800) 578-4403 para comunicarse con PrudentRx si tiene alguna pregunta sobre PrudentRx Solution.

Programa obligatorio de farmacias de especialidad

Los Medicamentos de especialidad autoadministrados que no requieren la supervisión directa de un Médico deben obtenerse directamente a través del programa de farmacias de especialidad. Para obtener más información, comuníquese con el Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta.

Para más detalles sobre los Medicamentos de especialidad que deban administrarse en el consultorio de un Médico, en un centro de infusión o en otro entorno clínico, o bien en el hogar de la Persona cubierta a través de un tercero, consulte la sección sobre beneficios médicos de este Plan. Los medicamentos que pueden autoadministrarse y que no requieren la supervisión directa de un Médico solo cumplen con los requisitos del Programa de Medicamentos con Receta.

Los **medicamentos preventivos** son aquellos que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos ha identificado como servicios preventivos. Para consultar las pautas establecidas por el HHS, visite el siguiente sitio web:

<https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>

Para obtener una lista de los medicamentos preventivos, comuníquese con el Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta, que figura en la página de información general de este Plan.

REQUISITOS PARA LA PARTICIPACIÓN

Requisitos de cobertura del Empleado

Un Empleado de tiempo completo que le presta al Empleador regularmente unas 30 Horas de servicio o más por semana cumplirá con los requisitos para inscribirse en la cobertura según este Plan luego de haber completado un período de espera de 30 días a partir del primer día en que informa tener empleo con el Empleador. La participación en el Plan comenzará el primer día del mes posterior a la finalización del período de espera, siempre que el Administrador del Plan reciba como es debido todas las formas de elección e inscripción correspondientes.

No cumple con los requisitos para participar en el Plan si es Empleado de tiempo parcial, temporal, arrendado o estacional, si es contratista independiente o si es una persona que brinda servicios de acuerdo con un contrato por el cual se lo designa contratista independiente (sin importar que, si más adelante, se lo considera Empleado de hecho conforme a lo dictado por un tribunal o agencia gubernamental), o si es una Persona cubierta por un convenio colectivo de trabajo que no permite la participación en este Plan.

Cómo determinar la condición de Empleado de tiempo completo en Empleados permanentes

Para determinar si un Empleado permanente puede considerarse de tiempo completo, el Empleador establece un Período de medición estándar de 12 meses seguido de un Período de estabilidad estándar de otros 12 meses. Si durante el Período de medición estándar, se determina que el Empleado permanente es de tiempo completo, el Plan tendrá un Período administrativo de 60 días para notificarle al Empleado que cumple con los requisitos (además del cumplimiento de requisitos de los Dependientes del Empleado) para que pueda inscribirse en el Plan y completar el proceso de inscripción. Los empleados que se haya determinado que son de tiempo completo durante el Período de medición podrán elegir entre cobertura individual o familiar, según corresponda, la cual entrará en vigor el primer día del Período de estabilidad del Empleado.

Cómo determinar la condición de Empleado de tiempo completo entre los Nuevos empleados por Horas variables o de tiempo parcial

Para determinar si un Nuevo empleado por Horas variables o de tiempo parcial se considerará Empleado de tiempo completo durante el Período de estabilidad inicial, el Empleador establece un Período de medición inicial de 12 meses seguido de un Período de estabilidad inicial de otros 12 meses. Si durante el Período de medición inicial, se determina que el Empleado es de tiempo completo, el Plan tendrá un Período administrativo de 30 días para notificarle al Empleado que cumple con los requisitos (además del cumplimiento de requisitos de los Dependientes del Empleado) para que pueda inscribirse en el Plan y completar el proceso de inscripción.

Los empleados que se haya determinado que son de tiempo completo durante el Período de medición podrán elegir entre cobertura individual o familiar, según corresponda, la cual entrará en vigor el primer día del Período de estabilidad del Empleado. A pesar de cualquier disposición contraria, la duración combinada del Período de medición inicial y el Período administrativo para un Nuevo empleado de tiempo parcial o por horas variables no se podrá extender más allá del último día del primer mes calendario que comienza el día del primer aniversario (o luego de este) en que el Empleado completa por lo menos una Hora de servicio con el Empleador.

Cambio material de puesto o condición de Empleado para Nuevos empleados por Horas variables o de tiempo parcial

Un Empleado que, durante el Período de medición inicial, experimenta un cambio material en el puesto o condición de Empleado, lo cual genera que sea razonable esperar que el Empleado complete un mínimo de 30 Horas de servicio semanales para el Empleador, será tratado como Empleado de tiempo completo al cual se le ofrecerá la cobertura del Plan tanto a este como a sus Dependientes que cumplan con los requisitos a partir de lo que ocurra primero:

- (1) El cuarto mes calendario completo luego de que se produzca el cambio en la condición de empleo.
- (2) El primer día del Período de estabilidad inicial (pero solo si el Empleado completa, en promedio, un mínimo de 30 Horas de servicio semanales durante el Período de medición inicial).

Requisitos de cobertura de Dependientes

Los siguientes son los Dependientes que pueden participar en este Plan:

(1) Su Cónyuge.

Si el Cónyuge es Empleado de tiempo completo y cumple con los requisitos para obtener cobertura de un plan patrocinado por su empleador, el Cónyuge solo cumplirá con los requisitos para obtener cobertura médica según el Plan si el Empleado acepta pagar, además de cualquier otra contribución obligatoria, un recargo por Cónyuge. El monto del recargo por Cónyuge está determinado por el Patrocinador del Plan y se informará a los Empleados cuando cumplan con los requisitos por primera vez y durante el período de inscripción abierta anual.

A los efectos de esta disposición, se considera que un Cónyuge cumple con los requisitos para obtener cobertura de un plan patrocinado por su empleador a partir del primer día en que puede estar cubierto por dicho plan, más allá de que el Cónyuge elija tener esa cobertura.

(2) Su Hijo hasta el final del mes en que este cumple los 26 años.

(3) Su Hijo de 26 años o más, que depende de usted económicamente por motivos de discapacidad física o mental, siempre que dicha discapacidad haya surgido antes de que finalice el mes en el que cumple los 26 años. Su Hijo no debe estar casado y debe depender principalmente de usted para mantenerse económicamente. El Patrocinador del Plan puede exigir prueba posterior de la discapacidad y dependencia de dicho Hijo, incluida la declaración de un Médico que certifique la discapacidad física o mental.

(4) Un niño al cual usted está obligado a brindar cobertura de salud debido a una orden judicial autorizada de manutención médica de hijos (QMCSO). Puede ponerse en contacto con el Administrador del Plan para que le suministre, sin cargo, un documento donde se detallan los procedimientos para determinar una QMCSO.

Los términos detallados a continuación significan lo siguiente:

“Cónyuge” es cualquier persona casada legalmente con usted conforme a una ley estatal. Esta definición también incluye el matrimonio por derecho consuetudinario cuando esté reconocido en su estado. El Administrador del Plan puede solicitar documentación que demuestre la legitimidad de la relación marital.

“Hijo” hace referencia a hijos o hijas biológicos, a hijastros o hijastras, a hijos o hijas adoptados legalmente (o a niños colocados en adopción con usted antes de que esta se efectivice) o hijos o hijas bajo cuidado de crianza que cumplen con los requisitos y de quienes usted tiene la Tutela legal. La cobertura de un Hijo bajo cuidado de crianza o del cual usted es el Tutor legal permanecerá en vigor hasta que dicho Hijo ya no cumpla con los requisitos de edad de un Dependiente conforme a los términos del Plan, sin importar si dicho Hijo ha cumplido o no los 18 años (o cualquier otra edad que corresponda a la emancipación de menores).

“Niño colocado en adopción con usted antes de que esta se efectivice” hace referencia a un Hijo al cual usted tiene intenciones de adoptar, más allá de que la adopción sea definitiva, que de otro modo cumpliría con los requisitos para inscribirse si fuera su Hijo biológico. El término “colocado” significa que se asume y se retiene la obligación legal de manutención total o parcial de un niño antes de su adopción efectiva. El niño debe estar disponible para la adopción, y el proceso legal debe haber comenzado.

“Hijo bajo cuidado de crianza que cumple con los requisitos” se refiere a cualquier persona que una agencia de colocación autorizada le otorgue al Empleado.

“Tutor legal” hace referencia a una persona reconocida por un tribunal de leyes como la titular de la obligación de cuidar del individuo y administrar su propiedad y sus derechos, que queda al cuidado de dicha persona mediante un proceso judicial, decreto u otra orden de cualquier tribunal con competencia jurisdiccional.

El Administrador del Plan, a su exclusivo criterio, tendrá derecho a solicitar la documentación necesaria para establecer el estado de una persona como Dependiente que cumple con los requisitos.

Cuando usted y sus Dependientes son Empleados cubiertos

En ese caso, cada uno de los Cónyuges deberá elegir cobertura como Empleado o como Dependiente. No puede recibir cobertura de este Plan como Empleado y como Dependiente al mismo tiempo. Los Hijos que cumplen con los requisitos y son Dependientes de dos Empleados cubiertos no podrán inscribirse como Dependientes de ambos Empleados, ya sea que estos estén casados o no.

Cobertura de un Hijo mediante una orden judicial

La ley federal exige que el Plan, en ciertas circunstancias, brinde cobertura a sus Hijos. Los detalles de estos requisitos se resumen a continuación.

El Administrador del Plan deberá inscribir en la cobertura de manera inmediata a cualquier Hijo que esté sujeto a una QMCSO. Si se le ha ordenado brindar dicha cobertura a un Hijo, y usted no está inscrito en el Plan en el momento en que el Administrador del Plan recibe la QMCSO, el Administrador del Plan lo inscribirá a usted de inmediato en la cobertura de este Plan. La cobertura conforme al Plan entrará en vigor en la fecha especificada en la orden o en la fecha en que el Administrador del Plan determine que la orden es una QMCSO, lo que ocurra después. Cualquier contribución requerida para la cobertura conforme a esta sección se deducirá de su paga de acuerdo con las políticas y fechas de pago de nómina del Empleador.

Una QMCSO se define como una orden o un decreto de manutención de menores emitidos por un tribunal (o una agencia administrativa del estado que tiene el peso y la validez de la ley conforme a la ley estatal aplicable) que lo obligan a mantener o brindar cobertura de cuidado de salud a su Hijo y que incluyen cierta información relacionada con dicha cobertura. El Administrador del Plan determinará si cualquier orden de manutención de menores que reciba constituye una QMCSO. Excepto por las QMCSO, ningún Hijo cumple con los requisitos para obtener cobertura del Plan, incluso si usted está obligado a brindar cobertura a ese Hijo conforme a los términos de un acuerdo de separación u orden judicial, a menos que el Hijo cumpla con los requisitos de acuerdo con el Plan. Puede ponerse en contacto con el Administrador del Plan para que le suministre, sin cargo, un documento donde se detallen los procedimientos para determinar una QMCSO.

Inscripción en tiempo y forma

Una vez que se determine que cumple con los requisitos para participar en el Plan, usted debe inscribirse en la cobertura. Para ello, debe completar todas las formas de elección e inscripción y presentarlas al Administrador del Plan dentro de los 31 días posteriores a haber cumplido con los requisitos.

Debe firmar y devolverle a SimplePay Health los acuerdos de créditos y participación, seleccionar un acuerdo de pago para pagar los montos de costo compartido y brindar las cuentas de pagos necesarias para respaldar sus elecciones. En caso de no considerar estos requisitos o no mantener una cuenta de pagos válida, dejará de cumplir con los requisitos del Plan, a menos que el Patrocinador del Plan le otorgue una excepción. Si el Patrocinador del Plan se la otorga, el Plan considerará que usted está de acuerdo con los términos y las condiciones de cobertura tal como se describen en los acuerdos de créditos y participación, y mediante su inscripción, se considerará que usted acepta el cumplimiento con los términos del Plan, incluidos los términos detallados en los acuerdos de créditos y participación.

Si es necesaria su contribución para cubrir el costo de la cobertura, debe completar y enviar una autorización de deducción de pago de nómina para que el Administrador del Plan deduzca de su pago las contribuciones correspondientes. Además, como parte de los requisitos de inscripción, se le solicitará que brinde el número de su Seguro Social, así como el de todos sus Dependientes. El Administrador del Plan puede solicitar esta información en cualquier momento para determinar que continúa cumpliendo con los requisitos conforme al Plan. No brindar los números solicitados de Seguro Social puede derivar en el incumplimiento de los requisitos o la pérdida de la cobertura conforme al Plan.

Si rechaza la inscripción tanto para usted como para sus Dependientes, debe informárselo al Administrador del Plan indicando que decide no inscribirse porque tiene otra cobertura de salud. Si pierde esa otra cobertura de salud, esto puede constituir un Evento de inscripción especial (descrito más abajo) que les otorga a usted o a sus Dependientes derecho a inscribirse a mitad del año del Plan debido a la pérdida de esa cobertura. Sin embargo, si no presentó dicha notificación cuando usted cumplía con los requisitos inicialmente, perderá el derecho a esta oportunidad especial de inscribirse a mitad de año.

Si no completa y presenta las formas de elección e inscripción correspondientes dentro del período de 31 días descrito más arriba, no cumplirá con los requisitos para inscribirse en el Plan hasta el siguiente período de inscripción abierta, a menos que experimente un Evento de inscripción especial o un Evento de cambio de estado.

Período de inscripción abierta

Usted y sus Dependientes pueden inscribirse en la cobertura durante el período de inscripción abierta del Plan, el cual lo designa el Patrocinador del Plan y se comunica al Empleado antes del inicio de dicho período. En este lapso, usted podrá realizar cambios en cualquier elección de beneficios existente. Los beneficios elegidos durante el período de inscripción abierta entrarán en vigor el 1.º de enero y permanecerán vigentes hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que usted o sus Dependientes experimenten un Evento de inscripción especial o un Evento de cambio de estado.

Inscripción tardía

Si no se inscribió durante el período de cumplimiento de requisitos original de 31 días, puede hacerlo mediante una solicitud por escrito presentada al Administrador del Plan durante el período de inscripción abierta anual (como se explica en la sección anterior). En estas circunstancias, usted o sus Dependientes que cumplan con los requisitos se considerarán Personas con inscripción tardía.

Evento de inscripción especial

Un Evento de inscripción especial tiene lugar cuando usted o sus Dependientes sufren la pérdida de otra cobertura de cuidado de salud, cuando pasa a cumplir con los requisitos para obtener un subsidio estatal de asistencia con las primas o cuando adquiere un nuevo Dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción. En estas circunstancias, usted o sus Dependientes que cumplan con los requisitos se considerarán Personas inscritas especiales.

A continuación, se describe cada Evento de inscripción especial más detalladamente:

- (1) **Pérdida de otra cobertura (que no sea la proporcionada por Medicaid o el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños).** Si decidió no inscribirse o no inscribir a sus Dependientes (incluido su Cónyuge) porque usted o sus Dependientes contaban con otra cobertura de salud (incluida la cobertura conforme a un plan de salud de grupo patrocinado por una institución gubernamental o educativa, un programa de cuidado médico del Indian Health Service o de una organización tribal), usted puede inscribirse o inscribir a sus Dependientes en la cobertura de este Plan si la otra cobertura de salud se perdió debido a una de las causas que se describen a continuación. Sin embargo, usted debe haber presentado una notificación al Administrador del Plan, cuando usted o sus Dependientes cumplieran con los requisitos inicialmente, que indicara que la otra cobertura de salud era el motivo por el cual usted decidía no inscribirse en este Plan:
 - (a) Recibía la otra cobertura de salud conforme a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), y el período máximo de continuación conforme a la COBRA ha finalizado.
 - (b) Dejó de cumplir con los requisitos conforme a la otra cobertura de salud por motivos que no son la falta de pago de las contribuciones o primas requeridas, la presentación de un reclamo fraudulento o la declaración falsa intencional de un hecho sustancial relacionado con el otro plan.
 - (c) Ocurrió un cese en las contribuciones del Empleador a la otra cobertura de salud.

Si ya se ha inscrito en una opción de beneficios disponible conforme al Plan y sus Dependientes perdieron su otra cobertura de salud, usted puede inscribirse en una opción de beneficios distinta disponible conforme al Plan gracias al Evento de inscripción especial de su Dependiente.

Debe presentar al Administrador del Plan las formas de elección e inscripción correspondientes dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que se perdió la otra cobertura de salud. La cobertura conforme al Plan entrará en vigor en la fecha del evento, siempre que usted presente las formas de elección e inscripción correspondientes al Administrador del Plan.

- (2) **Pérdida de cobertura conforme a Medicaid o al Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños o por cumplir con los requisitos para un subsidio estatal de asistencia con las primas.** Si usted o sus Dependientes no se inscribieron en el Plan cuando cumplieran con los requisitos inicialmente porque usted o sus Dependientes contaban con cobertura de Medicaid o del Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP), y su cobertura finaliza porque usted o sus Dependientes dejan de cumplir con los requisitos para Medicaid o el SCHIP, o usted y sus Dependientes pasan a reunir los requisitos para un subsidio estatal de asistencia con las primas conforme a Medicaid o al SCHIP, puede inscribirse en la cobertura conforme a este Plan o inscribir a sus Dependientes después de que finaliza la cobertura de Medicaid o del SCHIP o después de que se determina que usted o sus Dependientes pueden obtener un subsidio estatal de asistencia conforme a Medicaid o al SCHIP.

Debe presentar al Administrador del Plan las formas de elección e inscripción correspondientes dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que finaliza la cobertura conforme a Medicaid o al SCHIP, o dentro de los 60 días posteriores al cumplimiento con los requisitos para obtener un subsidio estatal de asistencia con las primas conforme a Medicaid o al SCHIP. La cobertura conforme al Plan entrará en vigor en la fecha del evento, siempre que usted presente las formas de elección e inscripción correspondientes al Administrador del Plan.

- (3) **Adquisición de un nuevo Dependiente.** Si adquiere un nuevo Dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse en la cobertura que brinda este Plan o inscribir a sus Dependientes. Debe presentar al Administrador del Plan las formas de elección e inscripción correspondientes dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que adquiere a dicho Dependiente.
- (a) La cobertura de un Hijo Dependiente nacido después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del Empleado comienza a partir de su fecha de nacimiento y continúa durante sus primeros 31 días de vida. Para extender la cobertura más allá de ese período inicial de 31 días, se deben completar y presentar las formas de elección e inscripción correspondientes (incluida una autorización de deducción del pago de nómina, si corresponde) dentro de los 31 días posteriores al nacimiento del Hijo. Si no se realiza la inscripción en el Plan en el período de 31 días descrito anteriormente, el Hijo no tendrá la cobertura del Plan pasados los 31 días de su nacimiento.
 - (b) La cobertura de un nuevo Dependiente adquirido a través del matrimonio entrará en vigor en la fecha del matrimonio, siempre y cuando usted complete y presente las formas de elección e inscripción correspondientes (incluida una autorización de deducción del pago de nómina, si corresponde) dentro de los 31 días posteriores a la fecha del matrimonio. Si no se inscribe en el Plan dentro de ese período de 31 días, no tendrá la cobertura del Plan.
 - (c) La cobertura de un nuevo Dependiente adquirido por adopción (o colocación con usted en adopción antes de que esta se efectivice) entrará en vigor en la fecha de adopción (o de colocación en adopción antes de que esta se efectivice), siempre y cuando usted complete y presente las formas de elección e inscripción correspondientes (incluida una autorización de deducción de pago de nómina, si corresponde) dentro de los 31 días posteriores a la fecha de la adopción o de la colocación en adopción antes de que esta se efectivice, según corresponda. Si no se inscribe en el Plan dentro de ese período de 31 días, no tendrá la cobertura del Plan.

Evento de cambio de estado

En general, su elección conforme al Plan permanecerá en vigor por el resto del Año del Plan, a menos que experimente un evento que permita una inscripción especial (descrito más arriba) o un cambio de estado (según lo permita el Plan conforme al artículo 125 del Empleador). Si experimenta un Evento de cambio de estado, es posible que pueda realizar una nueva elección conforme al Plan, siempre y cuando lo que usted elija sea coherente con lo establecido para ese cambio de estado.

Las formas de elección e inscripción correspondientes se deben presentar al Administrador del Plan dentro de los 31 días posteriores al Evento de cambio de estado. La cobertura conforme al Plan entrará en vigor en la fecha del evento, siempre que usted presente las formas de elección e inscripción correspondientes al Administrador del Plan.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Terminación de la cobertura del Empleado

La cobertura conforme al Plan terminará en alguna de las siguientes fechas, la que ocurra primero:

- (1) La fecha en que se termina el Plan, parcial o totalmente.
- (2) Si omite realizar cualquier contribución en su fecha de vencimiento, el comienzo del período por el cual no se ha pagado la contribución requerida.
- (3) La fecha en que se presenta para comenzar el servicio militar activo, a menos que la cobertura continúe mediante la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados, como se explica más abajo.
- (4) El final del mes en el que deja de cumplir con los requisitos para obtener cobertura conforme al Plan.
- (5) El final del mes en el que termina su empleo o deja de estar incluido en una clase de Empleados que cumple con los requisitos.
- (6) La fecha en que usted (o cualquier persona que solicite cobertura en su nombre) incurre en una acción, práctica u omisión que constituye un fraude.
- (7) La fecha en que usted (o cualquier persona que solicite cobertura en su nombre) realice una declaración falsa intencional sobre un hecho sustancial.
- (8) Si un Empleado deja de cumplir con los requisitos de cobertura según el Plan debido a que se reducen sus horas laborales por debajo del mínimo de horas semanales que un Empleado debe trabajar para tener derecho a la cobertura, esta terminará a partir del inicio del siguiente Período de estabilidad.

Terminación de la cobertura de Dependientes

La cobertura conforme al Plan terminará en alguna de las siguientes fechas, la que ocurra primero:

- (1) La fecha en que se termina el Plan, parcial o totalmente.
- (2) La fecha en que el Plan interrumpe la cobertura para los Dependientes.
- (3) La fecha en que un Dependiente obtiene cobertura como Empleado conforme al Plan.
- (4) La fecha en que termina la cobertura del Empleado.
- (5) Si usted o sus Dependientes incumplen con cualquier contribución en su fecha de vencimiento, el comienzo del período por el cual no se ha pagado la contribución requerida.
- (6) La fecha en que el Cónyuge Dependiente se presenta para incorporarse al servicio militar de forma activa.
- (7) El final del mes en que un Dependiente deja de cumplir con los requisitos para los dependientes según se define en el Plan.
- (8) La fecha en que un Dependiente (o cualquier persona que solicite cobertura en nombre de este) incurra en una acción, práctica u omisión que constituya un fraude.
- (9) La fecha en que su Dependiente (o cualquier persona que solicite cobertura en su nombre) realice una declaración falsa intencional sobre un hecho sustancial.

Terminación retroactiva de la cobertura

Excepto en los casos en los que usted o sus Dependientes cubiertos no pagan cualquier contribución requerida al costo de la cobertura, el Plan no terminará en forma retroactiva la cobertura conforme al Plan, a menos que usted o sus Dependientes cubiertos (o cualquier persona que solicite cobertura en su nombre) lleve a cabo una acción, práctica u omisión que constituye fraude con respecto al Plan, o a menos que la persona lleve a cabo una distorsión intencional de un hecho importante. En esos casos, el Plan los notificará por escrito, con un mínimo de 30 días de anticipación, tanto a usted como a su Dependiente cubierto afectado, antes de que la cobertura termine en forma retroactiva. Tal como se explicó anteriormente, la cobertura puede terminar de manera retroactiva si el Empleado no efectúa las contribuciones establecidas dentro del plazo estipulado. En esos casos, no es necesaria una notificación por escrito de forma anticipada.

Disposición sobre la recontractación (Ley de Cuidado de Salud Asequible)

Luego de estar cubierto por el Plan, si su empleo finaliza y el Empleador vuelve a contratarlo dentro de las 13 semanas posteriores a su fecha de terminación a los efectos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, la cobertura entrará en vigor el primer día en que se presente a trabajar para el Empleador. Se eximirá al Empleado del período de espera.

Si la cobertura se reactiva en el mismo Año calendario, el Plan considerará que la cobertura continúa vigente en cuanto a la aplicación de Desembolsos máximos, deducibles y montos máximos del Plan.

Si no contaba con cobertura del Plan en la fecha de terminación del empleo o si fue contratado nuevamente por el Empleador más de 13 semanas después de la fecha de terminación, se lo tratará como un Nuevo empleado y deberá completar el período de espera.

Continuación de la cobertura conforme a la Ley de Licencia Familiar y Médica

El Plan cumplirá en todo momento con la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) de 1993, con sus modificaciones y según fue promulgada en las reglamentaciones emitidas por el Departamento de Trabajo.

Durante cualquier licencia tomada conforme a la FMLA, usted mantendrá la cobertura según el Plan en las mismas condiciones en que se habría brindado de haber estado empleado continuamente durante el plazo de la licencia. El incumplimiento con los pagos requeridos dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento establecida por su Empleador puede derivar en la terminación de la cobertura para usted o sus Dependientes que cumplan con los requisitos.

Si no se reincorpora al trabajo después de una licencia conforme a la FMLA, es posible que el Empleador tenga derecho a recuperar las contribuciones para cubrir el costo de la cobertura durante dicha licencia.

Si la cobertura del Plan finaliza durante la licencia otorgada conforme a la FMLA, se restablecerá la cobertura para usted y sus Dependientes cubiertos si usted se reincorpora al trabajo al finalizar la licencia conforme a la FMLA.

Continuación de la cobertura según las leyes estatales de licencia familiar y médica

En la medida en que el Plan esté obligado a cumplir con una ley estatal de licencia familiar y médica que sea más abarcativa que la FMLA, la continuación de la cobertura conforme a este Plan se brindará de acuerdo con dicha ley estatal de licencia familiar y médica, así como conforme a la FMLA.

Continuación de la cobertura según la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados

Usted puede elegir continuar la cobertura del Plan conforme a la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA) si se ausenta del trabajo debido al servicio militar prestado a los Servicios Uniformados (como se definen en la USERRA). Puede elegir continuar la cobertura para usted y cualquiera de sus Dependientes cubiertos por el Plan en el momento de su licencia. Los Dependientes que cumplen con los requisitos no tienen el derecho individual a elegir cobertura conforme a la USERRA; por lo tanto, a menos que usted elija continuar con la cobertura en su nombre, sus Dependientes que cumplan con los requisitos no podrán continuar con la cobertura conforme a la USERRA por separado.

Para elegir la cobertura conforme a la USERRA, usted debe realizar su elección de continuación de cobertura conforme a la USERRA en una forma suministrada por el Administrador del Plan y presentarla al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha de su licencia. La cobertura conforme al Plan entrará en vigor a partir de la fecha de su licencia y continuará hasta uno de los siguientes: (a) el cumplimiento de los 24 meses (contados a partir de la fecha en que comienza su ausencia) o (b) el período de tiempo que comienza en la fecha en que se inicia su ausencia y finaliza el día posterior a su regreso al empleo con el Empleador o el día en que regresa al empleo con el Empleador (o no solicita hacerlo) dentro del plazo correspondiente conforme a la USERRA. Se tendrá en cuenta el plazo que sea más corto de las dos opciones anteriores.

Si su licencia es de 31 días o más, se le solicitará que pague hasta el 102 % de la contribución total conforme al Plan. Si su licencia es de 30 días o menos, usted no deberá pagar más que el monto (si existe un monto) que habría pagado de haber permanecido como Empleado activo del Empleador. Su Empleador le notificará los procedimientos para realizar pagos conforme a este Plan.

La cobertura de continuación brindada conforme a la USERRA se utiliza para contabilizar el período máximo de cobertura conforme a la cobertura de continuación brindada de acuerdo con la COBRA.

Un Empleado que se reincorpore al trabajo después de una licencia militar cubierta por la USERRA y que participaba en el Plan inmediatamente antes de tomar su licencia conforme a dicha ley tiene derecho a reanudar su cobertura conforme al Plan cuando regrese de su licencia, siempre que el Empleado se reincorpore dentro del plazo que corresponde a este tipo de licencias. No se aplicará un período de espera a un Empleado que regrese de una licencia conforme a la USERRA (dentro del plazo correspondiente), a menos que el período de espera se hubiera aplicado al Empleado si este hubiera permanecido continuamente empleado durante el período de licencia militar.

GASTOS MÉDICOS QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS

Los gastos que cumplan con los requisitos serán los cargos correspondientes a servicios brindados a una Persona cubierta y se considerará que cumplen con los requisitos solo en los siguientes casos:

- (1) Si son cargos por cuidado de rutina o servicios preventivos, siempre que dichos servicios sean indicados y prestados por un Médico y no estén de otro modo excluidos del Plan.
- (2) Si son cargos por Enfermedad o Lesión, siempre que dichos servicios sean indicados y prestados por un Médico, sean Médicamente necesarios y no estén de otro modo excluidos del Plan.

El reembolso de los gastos que cumplan con los requisitos lo recibirá directamente el proveedor del servicio, a menos que se presente un recibo donde conste el pago. Todos los gastos que cumplan con los requisitos y que correspondan a un Proveedor participante le serán reembolsados a dicho proveedor.

- (1) **Servicios para la alergia:** Pruebas de alergias, sueros e inyecciones. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.
- (2) **Servicios de ambulancia:** Servicio profesional de ambulancia para trasladar a la Persona cubierta a los siguientes destinos:
 - (a) El Hospital más cercano que esté equipado para tratar la Enfermedad o la Lesión específicas en una situación de emergencia.
 - (b) Otro Hospital del área, cuando el primer Hospital no brinda los servicios requeridos o no cuenta con las instalaciones necesarias para tratar a la Persona cubierta.
 - (c) Otro centro, en viaje de ida y vuelta, durante un período de internación en Hospital para brindarle a la persona servicios especiales que no están disponibles en el primer Hospital desde donde se realiza el traslado.
 - (d) El hogar del paciente o un Centro de enfermería especializada, Centro de rehabilitación o cualquier otro tipo de centro de convalecencia cercano al hogar del paciente. Este traslado se realizará desde el Hospital cuando exista documentación que avale el traslado en ambulancia del paciente.

No se cubren los cargos por traslado en ambulancia profesional por cuestiones de conveniencia.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

- (3) **Centro quirúrgico ambulatorio:** Servicios y suministros brindados en un Centro quirúrgico ambulatorio. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.
- (4) **Anestésicos:** Anestésicos y la administración por parte de un profesional.
- (5) **Sangre y derivados de la sangre:** Sangre, plasma sanguíneo o componentes de la sangre que no sean donados o reemplazados.
- (6) **Rehabilitación cardíaca:** Servicios de rehabilitación cardíaca que se brindan de la siguiente manera: (a) bajo la supervisión de un Médico; (b) en relación con un infarto de miocardio, una oclusión coronaria, una Cirugía de baipás coronario o cualquier otra enfermedad si se considera médicamente adecuado; (c) se inician dentro de las 12 semanas posteriores a la finalización del tratamiento de otra enfermedad; y (d) tienen lugar en un centro de cuidado médico.

Los gastos relacionados con la rehabilitación cardíaca de fase III o IV, que incluyen, entre otros, la terapia ocupacional y programas de rehabilitación laboral, no cumplen con los requisitos. Las fases III y IV se refieren al nivel de tratamiento para mantenimiento general, sin que se implemente alguna otra mejora médica o terapia de ejercicios que ya no requiera la supervisión de profesionales médicos.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

- (7) **Quimioterapia:** Servicios y suministros relacionados con la quimioterapia. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.
- (8) **Cuidado quiropráctico o manipulación de la columna vertebral:** Correcciones esqueléticas, manipulación u otro tratamiento relacionado con la corrección manual o mecánica de un desequilibrio estructural o subluxación del cuerpo humano, incluidas las radiografías. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.
- (9) **Circuncisión:** Servicios y suministros relacionados con la circuncisión hasta seis meses después del nacimiento. La circuncisión que se practica durante la internación en el Hospital luego del nacimiento se considerará gastos de la madre.
- (10) **Paladar hendido y labio leporino:** Servicios y suministros relacionados con el paladar hendido y el labio leporino. El paladar hendido es un defecto congénito por el cual el paladar (techo de la boca) no logra cerrarse; el labio leporino es un defecto congénito por el cual el labio no logra cerrarse. Los gastos que cumplen con los requisitos incluyen las siguientes prácticas, siempre y cuando las brinde un Médico u otro profesional:
- (a) Cirugía oral y facial, mantenimiento quirúrgico y cuidado de seguimiento por parte de cirujanos plásticos y orales.
 - (b) Terapia del habla (enseñanza de habilidades).
 - (c) Tratamiento de otorrinolaringología.
 - (d) Evaluaciones auditivas y tratamiento.
 - (e) Tratamiento de ortodoncia.
 - (f) Tratamiento de prostodoncia.
 - (g) Tratamiento protésico, como obturadores, dispositivos de habla y alimentación.
- (11) **Implantes cocleares:** Servicios y suministros relacionados con implantes cocleares cuando son Médicamente necesarios, y el mantenimiento y los ajustes relacionados.
- Los gastos que cumplen con los requisitos incluyen la terapia ambulatoria aural a corto plazo luego de la colocación de implante coclear y se pagarán según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.
- (12) **Terapia de rehabilitación cognitiva:** Servicios y suministros relacionados con la terapia ambulatoria de rehabilitación cognitiva cuando es Médicamente necesaria luego de una Lesión cerebral traumática o un accidente cerebrovascular. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.
- (13) **Anticonceptivos:** Procedimientos y medicamentos anticonceptivos distintos de aquellos considerados servicios preventivos, incluidos, entre otros, anticonceptivos orales, parches, inyecciones, diafragmas, dispositivos intrauterinos, implantes y cualquier visita al consultorio relacionada. Algunos anticonceptivos pueden estar disponibles a través del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta. El Plan no cubre suministros o dispositivos anticonceptivos disponibles sin la receta de un Médico o aquellos que se venden sin receta (a menos que el gasto reúna los requisitos para ser considerado servicio preventivo).
- (14) **Procedimientos cosméticos/Cirugía reconstructiva:** Los Procedimientos cosméticos o las Cirugías reconstructivas se considerarán gastos que cumplen con los requisitos solo en las siguientes circunstancias:
- (a) Para corregir una Anomalía congénita de un Hijo Dependiente.
 - (b) Cualquier otra Cirugía Médicamente necesaria relacionada con una Enfermedad o Lesión.
 - (c) Los cargos por una Cirugía de reconstrucción de senos luego de una mastectomía cumplirán con los requisitos si ocurre lo siguiente:
 - (i) Si se reconstruye el seno sobre el que se realizó una mastectomía.
 - (ii) Si la Cirugía y la reconstrucción del otro seno tienen como fin producir una apariencia simétrica.

- (iii) Si es para la cobertura de las prótesis y las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

El Médico tratante y la Persona cubierta determinarán la forma en que se reconstruirá el seno.

- (15) **Cuidado dental:** Servicios y radiografías dentales que brinda un Dentista o cirujano dental por los siguientes motivos:
 - (a) La extirpación de tumores y quistes en la mandíbula, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y el techo de la boca.
 - (b) La reparación de emergencia debido a una Lesión en dientes sanos y naturales, incluido el reemplazo de emergencia de dichas piezas dentales.
 - (c) La Cirugía necesaria para corregir Lesiones accidentales en la mandíbula, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y el techo de la boca.
 - (d) La escisión de crecimientos óseos benignos en la mandíbula o el paladar duro.
 - (e) La incisión externa y drenaje de celulitis.
 - (f) La incisión de senos paranasales, glándulas salivales y conductos.

Los gastos de anestesia general y Hospital están cubiertos para los servicios de cuidado dental que cumplen con los requisitos y requieren la prestación en un Hospital para poder controlar al paciente que sufre de una enfermedad subyacente grave, como una afección cardíaca, un trastorno de la sangre, etc.; o si son necesarios por una Lesión accidental en dientes sanos y naturales; o bien porque el Médico certifica que el procedimiento no puede realizarse en el consultorio del dentista por la edad o el estado de la Persona cubierta.

- (16) **Retraso en el desarrollo:** Pruebas y tratamientos Medicamente necesarios por retrasos en el desarrollo, incluida la terapia. Cualquier retraso en el desarrollo que esté contemplado en la definición de Trastorno mental o Trastorno por abuso de sustancias se paga separadamente conforme a los beneficios por dichos trastornos.
- (17) **Educación sobre diabetes:** Los siguientes programas de educación y autocontrol de la diabetes: capacitación y educación ambulatorias para el autocontrol de la diabetes, incluida la terapia de nutrición médica brindada por un profesional del cuidado de la salud certificado, registrado o con licencia que trabaje en un programa que contemple los estándares nacionales de educación para el autocontrol de la diabetes, según lo establecido por la Asociación Americana de la Diabetes. La cobertura se brinda para personas con diabetes. Otros servicios para el control de la diabetes, como las visitas al consultorio del Médico, los exámenes de ojos para personas con diabetes y el cuidado del pie diabético no se consideran educación sobre diabetes y se pagarán según el beneficio correspondiente para dichos servicios.
- (18) **Suministros para diabéticos:** Cualquier suministro indicado por un Médico que sea médicamente adecuado y necesario para el control y tratamiento de la diabetes y que no esté cubierto por el Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta.
- (19) **Servicios de laboratorio, radiografías y pruebas de diagnóstico:** Servicios de laboratorio, radiografías y pruebas de diagnóstico, incluidos los servicios profesionales de un radiólogo o patólogo. Las radiografías dentales no son gastos que cumplen con los requisitos, salvo según lo estipulado en la sección sobre cuidado dental.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

- (20) **Diálisis:** Tratamiento de un trastorno renal mediante diálisis para pacientes internados en un Hospital u otro centro, o por gastos en un centro ambulatorio o en el hogar de una Persona cubierta. Se incluye la capacitación de un acompañante para realizar la diálisis renal en el hogar. El acompañante puede ser un miembro de la familia. Cuando el cuidado domiciliario reemplace los tratamientos de diálisis ambulatorios o para Pacientes internados, el Plan pagará el alquiler del equipo de diálisis y los suministros médicos descartables para uso en el hogar de la Persona cubierta, como se explica en el beneficio sobre Equipo médico duradero. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(21) **Equipo médico duradero:** El alquiler de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, camas hospitalarias especiales, pulmones de acero y otro Equipo médico duradero, sujeto a lo siguiente:

- (a) El equipo debe estar indicado por un Médico y ser Medicamento necesario.
- (b) El equipo debe brindarse mediante el alquiler, pero puede ser comprado a elección del Plan. Cualquier monto pagado para alquilar el equipo se tendrá en cuenta para alcanzar el precio de compra. En ningún caso, el costo de alquiler del Equipo médico duradero superará el precio de compra del artículo (el equipo de oxígeno no se limita al precio de compra).
- (c) Los beneficios se limitarán a los modelos estándares según lo determine el Plan.
- (d) El Plan pagará los beneficios para uno solo de los siguientes artículos, a menos que sea Medicamento necesario debido a que la Persona cubierta ha crecido o si se necesita un producto diferente por los cambios en la afección de la Persona cubierta, según lo determine el Plan: una silla de ruedas manual, una silla de ruedas motorizada o una motoneta para discapacitados.
- (e) Si se compra el equipo, los beneficios serán pagaderos para las reparaciones posteriores necesarias para restaurar el equipo y que pueda ser utilizable. Se excluyen las baterías. Si el equipo no se puede restaurar para que pueda utilizarse, se considerará que el reemplazo cumple con los requisitos si obtiene la aprobación previa del Plan. En cualquier caso, las reparaciones o los reemplazos por abuso o mal uso, según lo determine el Plan, no están cubiertos.
- (f) No se considera que cumplen con los requisitos los gastos por el alquiler o la compra de cualquier tipo de acondicionador de aire, purificador de aire o algún otro dispositivo o aparato.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(22) **Servicios de emergencia o en sala de emergencias:** En caso de una Enfermedad de emergencia, la cobertura de los Servicios de emergencia no se interrumpirá hasta que se estabilice la afección y ocurra lo siguiente:

- (a) El Médico que lo atiende determina que usted se encuentra médicamente apto para viajar o ser trasladado en un medio de transporte no médico ni de emergencia para visitar a otro proveedor si necesita más cuidado.
- (b) Usted está en un estado que permite que el Proveedor no participante que presta el servicio lo informe sobre los criterios de notificación y consentimiento relacionados con el servicio.
- (c) El Proveedor no participante que le presta el servicio cumple con los criterios de notificación y consentimiento con respecto a los servicios.

Si acude a una sala de emergencias por una Enfermedad que no es de emergencia, es posible que el Plan no cubra los gastos. Consulte la *Lista de beneficios médicos* y las exclusiones y limitaciones generales para obtener detalles específicos del Plan. Las internaciones en el Hospital (ingresos por emergencia) o el cuidado de seguimiento indicados por un Médico no son Servicios de emergencia. En estos casos, se aplican diferentes beneficios y requisitos.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(23) **Terapia genética:** Productos y servicios de terapia genética directamente relacionados con su administración cuando sea Medicamento necesario. La terapia genética es una categoría de productos farmacéuticos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para tratar o curar una enfermedad mediante lo siguiente:

- (a) El reemplazo de un gen anormal con una copia normal de este.
- (b) La inactivación de un gen anormal que puede tener un comportamiento inadecuado.
- (c) La inserción de un gen nuevo o modificado en el cuerpo para colaborar con el tratamiento de una enfermedad.

Cada producto de terapia genética es específico para una enfermedad particular y se administra de una forma determinada. El Plan determina los productos incluidos en la categoría de terapia genética, dependiendo de la naturaleza del tratamiento y cómo se distribuyen y administran los productos.

La cobertura incluye el costo del producto de terapia genética; y los servicios médicos, quirúrgicos, profesionales y del centro relacionados directamente con la administración del producto de terapia genética.

- (24) **Pruebas genéticas:** Pruebas de diagnóstico de Información genética y asesoramiento cuando sean Médicamente necesarios. Las pruebas genéticas están cubiertas en la medida en que no estén incluidas de otro modo en la cobertura brindada conforme a la sección de servicios preventivos del Plan. Además, pueden agregarse a dicha cobertura.
- (25) **Cuidado de salud en el hogar:** Servicios domiciliarios prestados por una Agencia de cuidado de salud en el hogar a una Persona cubierta. Los servicios de cuidado de salud en el hogar que cumplen con los requisitos son los siguientes:
- (a) Cuidado de enfermería domiciliaria.
 - (b) Servicios de asistente médico en el hogar o auxiliar de enfermería con licencia, bajo la supervisión de un enfermero registrado.
 - (c) Visitas realizadas por un trabajador social médico.
 - (d) Terapias física, ocupacional, respiratoria/pulmonar o del habla si las ofrece una Agencia de cuidado de salud en el hogar.
 - (e) Suministros médicos, medicamentos y medicinas indicados por un Médico.
 - (f) Servicios de laboratorio.
 - (g) Asesoramiento nutricional brindado por un dietista con licencia.

A los efectos de determinar los beneficios para el cuidado de salud en el hogar disponibles para una Persona cubierta, cada visita de un miembro de una Agencia de cuidado de salud en el hogar se considerará una visita de cuidado de salud en el hogar y cada turno de 4 horas de servicios de un asistente médico en el hogar se considerará una visita de cuidado de salud en el hogar.

En ningún caso, los servicios de un Familiar cercano, los servicios de transporte, las tareas del hogar, la preparación de comidas, etc., se considerarán gastos que cumplen con los requisitos.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

- (26) **Cuidado de Hospicio:** Cuidado que se brinda a enfermos terminales ambulatorios o internados mediante un plan de tratamiento de un centro de cuidado de Hospicio. Este plan de tratamiento debe certificar que la persona tiene una Enfermedad terminal, con una esperanza de vida de seis meses o menos.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- (a) Cargos por habitación y comida del centro de cuidado de Hospicio.
- (b) Otros servicios y suministros Médicamente necesarios.
- (c) Cuidado de enfermería brindado por un enfermero registrado o bajo su supervisión.
- (d) Servicios de cuidado de salud en el hogar prestados en el domicilio del paciente por una Agencia de cuidado de salud en el hogar para lo siguiente:
 - (i) servicios de un asistente médico en el hogar, con el objetivo principal de cuidar del paciente (no incluye realizar tareas del hogar, preparar comidas, etc.);
 - (ii) terapias física y del habla.

- (e) Servicios de asesoramiento brindados por un trabajador social con licencia o un asesor pastoral con licencia para la familia directa del paciente.
- (f) El cuidado temporal para el descanso de la familia forma parte de un programa integrado de cuidado de Hospicio brindado por una agencia de cuidado de Hospicio con licencia.
- (g) Asesoramiento nutricional brindado por un dietista con licencia.
- (h) Los servicios de asesoramiento por duelo brindados por un trabajador social con licencia o un consejero pastoral con licencia para la familia directa del paciente. En virtud del concepto de asesoramiento por duelo, el término "familia directa del paciente" hace referencia al Cónyuge del paciente, a los padres de un Hijo Dependiente o a los Hijos Dependientes que están cubiertos por el Plan.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(27) Servicios de Hospital o Centro/Hospital de cuidado agudo a largo plazo:

- (a) Con internación

Habitación y comida, incluidos todos los servicios diarios regulares en un Hospital o Centro/Hospital de cuidado agudo a largo plazo. Incluye también el cuidado brindado en una Unidad de cuidados intensivos (incluida una unidad de cuidado cardíaco y para quemados).

Servicios y suministros varios, incluido cualquier servicio adicional de enfermería Médicamente necesario brindado mientras la persona recibe tratamiento como Paciente internado.

- (b) Servicios ambulatorios

Servicios y suministros brindados mientras la persona recibe tratamiento en forma ambulatoria.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

- (28) Esterilidad:** El diagnóstico y la evaluación de la esterilidad (la incapacidad de concebir), incluido el tratamiento de enfermedades subyacentes que ocasionan la esterilidad. Sin embargo, cualquier otro tratamiento, medicamento o procedimiento para estimular la concepción se considerará que no cumple con los requisitos (por ejemplo, fertilización *in vitro*, transferencia intrafalopiana de gametos, inseminación artificial, etc.).

- (29) Terapia de infusión:** Servicios, suministros y equipo necesarios para brindar terapia de infusión en los siguientes sitios:

- (a) Un centro independiente.
- (b) El departamento de cuidado ambulatorio de un Hospital.
- (c) El consultorio de un Médico.
- (d) El hogar del paciente.

La terapia de infusión es la administración intravenosa o continua de medicamentos o soluciones que forman parte de su tratamiento. Los cargos por los siguientes servicios y suministros de terapia de infusión ambulatoria se consideran Gastos cubiertos:

- (a) Artículos de farmacia, cuando se administran en relación con la terapia de infusión, y cualquier suministro médico, equipo y servicios de enfermería necesarios para respaldar la terapia de infusión.
- (b) Servicios profesionales.
- (c) Nutrición parenteral total.
- (d) Quimioterapia.

- (e) Terapia con medicamentos (incluidos antibióticos y antivirales).
- (f) Manejo del dolor (narcóticos).
- (g) Terapia de hidratación (incluye líquidos, electrolitos y otros aditivos).

La terapia de infusión brindada por una Agencia de cuidado de salud en el hogar no estará sujeta al beneficio máximo de Cuidado de salud en el hogar.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(30) **Lentes de contacto:** Par inicial de anteojos o lentes de contacto o un lente intraocular luego de un Procedimiento quirúrgico Médicamente necesario, ya sea ocular o para pacientes con afaquia. Lentes blandos o cubiertas esclerales que se utilizan como vendas para la córnea.

(31) **Maternidad:** Gastos Realizados todas las Personas cubiertas por lo siguiente:

- (a) Embarazo.
- (b) Apoyo preventivo prenatal y durante la lactancia, según se identifica en la sección sobre servicios preventivos que figura más abajo.
- (c) Servicios brindados por un Centro de nacimientos.
- (d) Prueba de amniocentesis cuando sea Médicamente necesaria.
- (e) Hasta 2 ultrasonidos por embarazo (más de 2 solo cuando se determina que es Médicamente necesario).
- (f) Los servicios de un asesor genético y exámenes y tratamientos relacionados cuando son brindados o remitidos por un Médico.
- (g) Servicios de un enfermero obstetra cuando los brinda un enfermero obstetra certificado.
- (h) Cuando no están prohibidos por leyes locales o estatales, los siguientes servicios:
 - (i) Abortos electivos inducidos para la Empleada o la Cónyuge cubiertas.
 - (ii) Los abortos para hijas Dependientes se limitan a abortos inducidos electivos en caso de anomalía fetal, cuando el embarazo fue producto de una violación o un incesto comprobados, o cuando la gestación a término del feto pondría en grave peligro la vida de la madre.

Si surgen complicaciones luego de un aborto practicado a una Persona cubierta, cualquier gasto Realizado para tratar dichas complicaciones cumplirá con los requisitos, independientemente de si el aborto cumplía con los requisitos o no.

Las internaciones relacionadas con nacimientos, tanto por la madre como por el recién nacido, no pueden limitarse a menos de 48 horas, luego de un parto vaginal, o de 96, luego de una cesárea. Solo el Médico tratante con la aprobación de la madre pueden autorizar la eximición de estos requisitos. La Persona cubierta o el proveedor no están obligados a certificar con antelación la internación por maternidad, a menos que la estadía se extienda más allá de las 48 o 96 horas, según corresponda. Una internación hospitalaria comienza en el momento del parto o, en el caso de los partos fuera del Hospital, cuando el recién nacido o la madre son admitidos en el Hospital luego del parto y siempre que la internación esté relacionada con el parto.

Si la madre recibe el alta anticipadamente, el Plan pagará una visita domiciliaria de un proveedor del cuidado de la salud después del parto.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(32) **Suministros médicos y quirúrgicos:** Muletas, suministros para ostomías, fajas de compresión con receta, vendajes y otros artículos Médicamente necesarios indicados por un Médico. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(33) **Trastornos mentales:** El cuidado, los suministros y el tratamiento de un Trastorno mental, incluido, entre otros, el tratamiento del autismo, del trastorno por déficit de atención y del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(34) **MinuteClinic:** Visitas virtuales que cumplen con los requisitos brindadas por medio de MinuteClinic Virtual Care. Los servicios de salud de clínicas sin cita previa que se brindan en una sucursal de MinuteClinic para lo siguiente:

- (a) Visitas programadas y no programadas por Enfermedades y Lesiones leves.
- (b) Vacunación de rutina y administración de vacunas dentro del alcance de la licencia de la clínica.
- (c) Servicios de evaluación y control.

Los gastos de los exámenes de salud necesarios para asistir a una institución educativa, un campamento o un evento deportivo, o para participar en una práctica deportiva o actividad recreacional, no estarán cubiertos según el beneficio de MinuteClinic; sin embargo, pueden ser pagaderos conforme a otras disposiciones del Plan.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(35) **Obesidad mórbida:** El tratamiento quirúrgico de la Obesidad mórbida estará cubierto únicamente si se cumple la totalidad de las condiciones enumeradas a continuación:

- (a) La Persona cubierta tiene (1) un índice de masa corporal de 40 o más o (2) un índice de masa corporal de 35 o más con comorbilidades graves, como hipoventilación por obesidad, apnea del sueño, diabetes, hipertensión, cardiomiopatía o disfunciones musculoesqueléticas.
- (b) La Persona cubierta tiene, como mínimo, 24 meses de antecedentes de Obesidad mórbida, según se documenta en los registros médicos de dicha persona.
- (c) La Persona cubierta no sufre una afección médica subyacente que podría provocar la Obesidad mórbida (p. ej., trastorno endocrino) que puede corregirse mediante métodos distintos del tratamiento quirúrgico.
- (d) La Persona cubierta ha completado su crecimiento (tiene 18 años o cuenta con documentación para avalar el crecimiento óseo completo).
- (e) La Persona cubierta no ha podido alcanzar y mantener una pérdida de peso significativa, y dicha persona ha participado en un programa de nutrición y ejercicio supervisado por un Médico durante, como mínimo, 6 meses, y esta participación se ha documentado en sus registros médicos. La participación en dicho programa debe haber ocurrido dentro de los 24 meses anteriores al tratamiento quirúrgico propuesto.
- (f) La Persona cubierta debe ser evaluada por un psicólogo, psiquiatra o consejero profesional con licencia dentro de los 12 meses anteriores al tratamiento quirúrgico propuesto. La evaluación debe documentar lo siguiente:
 - (i) Que no hay un problema psicológico significativo que limitaría la capacidad de la Persona cubierta para entender el procedimiento y cumplir con cualquier recomendación médica o quirúrgica.
 - (ii) Si existen comorbilidades psicológicas que pueden influir en la capacidad de la Persona cubierta para bajar de peso o si existe un trastorno alimentario diagnosticado.
 - (iii) La predisposición de la Persona cubierta para cumplir con los planes de tratamiento pre y posoperatorios.

El Plan no cubre el tratamiento Experimental o en Investigación de la Obesidad mórbida, incluidos, entre otros, los siguientes:

- (a) Baipás gástrico en bucle.
- (b) Gastroplastia, conocida más comúnmente como “engrapado del estómago” (no debe confundirse con la gastroplastia vertical con banda).
- (c) Minibaipás gástrico.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(36) **Asesoramiento nutricional:** Servicios relacionados con el asesoramiento nutricional para una enfermedad cubierta. El asesoramiento nutricional está cubierto en la medida en que no esté incluido de otro modo en la cobertura brindada conforme a la sección de servicios preventivos del Plan. Además, puede agregarse a dicha cobertura. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(37) **Suplementos nutricionales:** Suplementos nutricionales indicados por un Médico u otro tipo de nutrición enteral necesarios para mantener con vida a Personas cubiertas que están desnutridas o pueden estarlo en un futuro o que sufren de trastornos, los cuales si no se tratan, pueden derivar en una discapacidad crónica o intelectual. Los Gastos cubiertos incluyen el alquiler o la compra de equipos que se utilizan para administrar suplementos nutricionales u otro tipo de nutrición enteral, además de regímenes alimentarios especiales cuando los indica un Médico a las Personas cubiertas con enfermedades metabólicas hereditarias, como fenilcetonuria, cetonuria de cadena ramificada, galactosemia y homocistinuria.

Se considerará que los suplementos nutricionales o las fórmulas para lactantes sin receta no cumplen con los requisitos, incluso cuando estén indicados por un Médico.

(38) **Terapia ocupacional:** Terapia ocupacional de rehabilitación brindada por un Médico calificado o un terapeuta ocupacional con licencia, según recomendación médica. No cumplen con los requisitos los gastos por Terapia de mantenimiento o terapia principalmente recreativa o para interacción social. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(39) **Medicamentos para usos no indicados en la etiqueta:** Los servicios y suministros relacionados con un uso no indicado en la etiqueta (cuando se utiliza con un fin distinto del que fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA]) cumplirán con los requisitos de la cobertura cuando se cumplan todos los siguientes criterios:

- (a) El medicamento designado no se ha excluido específicamente de la sección “Exclusiones y limitaciones generales” del Plan.
- (b) El medicamento designado ha sido aprobado por la FDA.
- (c) El uso no indicado en la etiqueta es adecuado y está generalmente aceptado por la comunidad médica para la afección tratada.
- (d) Si el medicamento se utiliza para el tratamiento del cáncer, la *American Hospital Formulary Service Drug Information* o el *NCCN Drugs and Biologics Compendium* lo reconocen como tratamiento adecuado para esa forma de cáncer.

(40) **Ortopedia:** Férulas, trusas, aparatos ortopédicos y otros artículos médicos de ortopedia indicados por un Médico. Los beneficios también incluyen el calzado ortopédico cuando es una parte integral de un aparato ortopédico para la pierna.

Consulte la sección sobre exclusiones y limitaciones generales para obtener información sobre ortopedia para pies.

(41) **Terapia física:** Terapia física brindada por un Médico calificado o un fisioterapeuta con licencia, según recomendación médica. Se incluye la terapia acuática Médicamente necesaria (hidroterapia o piscinas terapéuticas) para enfermedades musculoesqueléticas cuando la brinda un fisioterapeuta u otro proveedor reconocido con licencia. Los gastos que cumplen con los requisitos incluyen los cargos profesionales por distintas modalidades de terapia física que se ofrecen en una piscina, las cuales requieren contacto personalizado con el paciente. Los cargos por programas de ejercicios acuáticos o los cargos por separado del uso de la piscina no tienen cobertura. No se considerará que la Terapia de mantenimiento cumpla con los requisitos. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

(42) **Servicios prestados por un médico:** Servicios de un Médico para brindar cuidado médico o realizar una Cirugía.

- (a) Servicios prestados en el consultorio de un Médico el mismo día y por el mismo diagnóstico o uno relacionado. Los servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: exámenes, suministros, inyecciones, radiografías y pruebas de laboratorio (incluida la lectura o el procesamiento de las pruebas), la colocación de un yeso y Cirugías menores.

- (b) En el caso de varias Cirugías o de Cirugías bilaterales realizadas durante la misma sesión quirúrgica, que no estén relacionadas ni sean parte de algún otro procedimiento y que agreguen más tiempo o complejidad (todo según lo determine el Plan) para completar el procedimiento, el cargo considerado será el siguiente: (i) 100 % para el procedimiento primario; (ii) 50 % para el procedimiento secundario, incluido cualquier procedimiento bilateral; y (iii) 50 % por cada procedimiento adicional cubierto. Esto se aplica a todos los Procedimientos quirúrgicos, excepto según lo determine el Plan.
- (c) Para la asistencia quirúrgica brindada por un Asistente quirúrgico, el cargo será el 25 % de la Cirugía correspondiente.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

- (43) **Podología:** El tratamiento de las siguientes afecciones de los pies: (a) juanetes, cuando se realiza una intervención de incisión abierta; (b) tratamiento que no es de rutina de callos o callosidades; (c) uñas de los pies, cuando se extirpa aunque sea una parte de la raíz de la uña, o tratamiento de una uña del pie encarnada; (d) cualquier Procedimiento quirúrgico Médicamente necesario que se requiere para una afección del pie. Para obtener información sobre ortopedia del pie, consulte el beneficio de ortopedia.
- (44) **Pruebas previas al ingreso:** Cuando estas se llevan a cabo antes de una hospitalización o una Cirugía programadas.
- (45) **Medicamentos con receta:** Los Medicamentos con receta; los inyectables o suministros utilizados para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión cubiertas, los cuales se administran en el consultorio del Médico, en un centro de infusión u otro entorno clínico, o en el hogar de la Persona cubierta mediante la intervención de un tercero; o los Medicamentos con receta que brinda el Hospital para llevarlos a casa tienen cobertura según los principales beneficios médicos de este Plan y de forma independiente de los beneficios del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta. Los beneficios se pagarán del mismo modo que todos los demás gastos que cumplen con los requisitos y que figuran en la *Lista de beneficios médicos*.

Su Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta puede informarle sobre ciertas disposiciones relacionadas con la cobertura de Medicamentos de especialidad. Si ese es el caso, determinados medicamentos serán pagaderos únicamente según los beneficios médicos principales si dichos medicamentos no forman parte del programa de farmacias de especialidad, según corresponda (como se explica en la sección sobre el Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta).

- (46) **Servicios preventivos y cuidado de rutina:** Los siguientes servicios preventivos y cuidado de rutina se pagan según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*:
 - (a) Servicios preventivos
 - (i) Servicios preventivos basados en pruebas

Los artículos o servicios basados en pruebas que tengan vigente una calificación “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos con respecto a la persona involucrada; excepto que, en relación con los exámenes de detección de cáncer de seno, mamografías y prevención del cáncer de seno, las recomendaciones de dicho grupo emitidas en 2016 se considerarán las recomendaciones actuales hasta que el grupo o la Administración de Recursos y Servicios de Salud emitan nuevas pautas.
 - (ii) Vacunas de rutina

Vacunas a las que les corresponde una recomendación vigente del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades con respecto a la persona involucrada.
 - (iii) Prevención para menores

Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, exámenes y cuidados preventivos basados en pruebas conforme a lo dispuesto en las pautas generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.

(iv) Prevención para mujeres

Con respecto a las mujeres, dichos exámenes y cuidados preventivos adicionales, que no estén de otra manera abordados por el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, conforme a lo dispuesto en las pautas generales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud y publicado el 1.º de agosto de 2011 (o en cualquier pauta o guía posterior correspondiente que requiera un servicio preventivo adicional para la mujer). Por lo general, esas pautas incluyen lo siguiente:

- (A) Visitas para mujeres sanas. Visitas anuales de cuidado preventivo para mujeres sanas adultas realizadas con el fin de obtener los servicios preventivos recomendados y adecuados según su edad y desarrollo. Incluye anticoncepción y cuidado prenatal. La inclusión de las visitas para mujeres sanas no pretende limitar la cobertura de ningún otro servicio preventivo ya descrito en otra parte de este documento del Plan que pueda administrarse como parte de una visita para mujeres sanas.

La cobertura del cuidado prenatal se limita a las visitas al consultorio del Médico para consultas relacionadas con el embarazo, incluidos los antecedentes médicos iniciales y subsiguientes y los exámenes físicos de la mujer embarazada. En caso de que un proveedor facture una tarifa global por maternidad, la parte del reclamo que será considerada para las visitas prenatales y, por consiguiente, para el cuidado preventivo es el 40 % de dicha tarifa. Por lo tanto, se considerará el 60 % de la tarifa global por maternidad para el parto y el cuidado posnatal, y deberían aplicarse las disposiciones usuales con respecto al costo compartido. Los artículos que no se consideran preventivos (y, por lo tanto, están sujetos a las disposiciones usuales con respecto al costo compartido) incluyen ingresos como Paciente internado, unidades de especialistas de alto riesgo, ultrasonidos, amniocentesis, pruebas de estrés fetal, parto (incluida la anestesia) y ciertas pruebas diagnósticas de laboratorio relacionadas con el embarazo.

- (B) Exámenes para detectar diabetes gestacional.
- (C) Prueba del virus del papiloma humano (VPH). Prueba de ácido desoxirribonucleico para detectar VPH de alto riesgo en mujeres con resultados normales en sus citologías. Las pruebas son para mujeres de 30 años y mayores, y se limitan a 1 cada 3 Años calendario.
- (D) Asesoramiento anual sobre infecciones de transmisión sexual (incluido el virus de inmunodeficiencia humana [VIH]) y exámenes de detección anuales de VIH para todas las mujeres sexualmente activas. Limitado a 2 sesiones de asesoramiento por Año calendario.
- (E) Exámenes de detección y asesoramiento anuales para casos de violencia interpersonal y doméstica.
- (F) Métodos anticonceptivos y asesoramiento, según lo indicado por su Médico. Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA (consultar la sección sobre medicamentos preventivos más abajo), procedimientos de esterilización, y asesoramiento y educación del paciente para mujeres con capacidad reproductiva. El asesoramiento sobre anticoncepción se limita a 2 visitas por cada período de 12 meses.

A los efectos de lo expuesto anteriormente, los procedimientos de esterilización que se considerarán preventivos incluyen cualquier implante anticonceptivo o procedimiento de esterilización quirúrgica que tenga la aprobación de la FDA y se implemente por vía abdominal, vaginal o laparoscópica. Los cargos que cumplen con los requisitos para un procedimiento de esterilización y todos los servicios auxiliares tendrán cobertura cuando la esterilización sea el propósito principal de los servicios brindados o si se realiza como procedimiento independiente y se factura como tal. Sin embargo, no se cubren como servicios preventivos las complicaciones que puedan surgir luego de un procedimiento de esterilización. Los Gastos cubiertos no incluyen los cargos por un procedimiento de esterilización si el proveedor no lo facturó por separado o si la esterilización no fue el propósito principal del procedimiento. Si la esterilización es parte de otro procedimiento o no es un ítem aparte en la factura, el procedimiento de esterilización no se considera un Gasto cubierto.

- (G) Apoyo, suministros y asesoramiento durante la lactancia para cada nacimiento, incluido lo siguiente:
- (1) Asesoramiento y apoyo integral durante la lactancia que brinda un proveedor capacitado durante el embarazo o el período posnatal (lapso de 60 días a partir de la fecha de nacimiento del bebé). Las consultas sobre lactancia se limitan a 6 visitas acumulativas por cada período de 12 meses.
 - (2) El equipo para la lactancia estará cubierto sujeto a lo siguiente:
 - (i) El alquiler de un sacaleches eléctrico a nivel hospitalario mientras el bebé esté internado en el Hospital.
 - (ii) La compra de un sacaleches eléctrico estándar (que no sea de nivel hospitalario) o un sacaleches manual en caso de ser necesario durante el embarazo o el período de lactancia, siempre y cuando la Persona cubierta continúe inscrita en el Plan.
 - (3) Para las mujeres que utilizan un sacaleches de un embarazo anterior, se cubrirán al 100 % los nuevos suministros para el sacaleches, en cada embarazo posterior y para el inicio o la continuación de la lactancia.

Para obtener una lista detallada de los servicios preventivos para mujeres, visite el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en <https://www.hrsa.gov/womens-guidelines>. Para obtener una copia impresa, comuníquese con el Administrador del Plan. En la medida en que lo expuesto anteriormente no cubra ningún servicio preventivo cuya cobertura se requiera conforme a las pautas publicadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud el 1.º de agosto de 2011 (o cualquier pauta o guía posterior correspondiente que exija un servicio preventivo adicional para las mujeres), se considerará que lo anterior queda enmendado a fin de cubrir esos servicios preventivos según lo requieran dichas pautas.

- (v) Los medicamentos preventivos incluyen todos los artículos y suministros que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos ha identificado como servicios preventivos. Para consultar las pautas establecidas por el HHS, visite el siguiente sitio web:

<https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>

Para obtener una lista de los medicamentos preventivos, comuníquese con el Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta, que figura en la página de información general de este Plan.

Para obtener una lista detallada de los servicios preventivos, visite el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en <https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>. Para obtener una copia impresa, comuníquese con el Administrador del Plan. En la medida en que lo anterior no cubra ningún servicio preventivo cuya cobertura sea requerida por el HHS, se considerará que lo anterior queda enmendado a fin de cubrir dichos servicios preventivos, según lo exija el HHS.

- (b) Cuidado de rutina

Cuidado de rutina que incluye, entre otros servicios, visitas al consultorio, pruebas de laboratorio, radiografías, exámenes de rutina, vacunas (incluida la vacuna contra la influenza), cuidado de niños sanos, pruebas de PAP, mamografías, exámenes de colon y pruebas de antígeno específico prostático. Si se llega a un diagnóstico luego de un examen de rutina, el examen seguirá siendo pagadero conforme al beneficio de cuidado de rutina. No obstante, todos los cargos relacionados con el diagnóstico (excepto el examen inicial) serán pagaderos como cualquier otra Enfermedad.

Los artículos de cuidado de rutina descritos anteriormente están cubiertos en la medida en que no estén incluidos de otra manera en la cobertura brindada conforme a la sección sobre servicios preventivos del Plan. Además, pueden agregarse a dicha cobertura.

- (47) **Servicio privado de enfermería:** Brindado por un enfermero con licencia (enfermero registrado, enfermero práctico con licencia o enfermero vocacional con licencia). Los cargos cubiertos por este servicio estarán incluidos de la siguiente manera:
- (a) Cuidado de enfermería como Paciente internado. Los cargos están cubiertos solamente cuando el cuidado es Médicamente necesario y no constituye Cuidado no médico, y la Unidad de cuidados intensivos del Hospital está completa o el Hospital no cuenta con dicha unidad. El servicio privado de enfermería para Pacientes internados debe estar avalado por certificación del Médico tratante.
 - (b) Cuidado de enfermería ambulatorio. Los cargos están cubiertos solamente cuando el cuidado es Médicamente necesario y no constituye Cuidado no médico. Los cargos cubiertos por el cuidado de enfermería ambulatorio facturado por una Agencia de cuidado de salud en el hogar se muestran en la sección sobre servicios y suministros de cuidado de salud en el hogar. El cuidado del servicio privado de enfermería ambulatoria no facturado por una Agencia de cuidado de salud en el hogar debe estar respaldado con certificación y un plan de tratamiento del Médico tratante.
- (48) **Mastectomía profiláctica:** Mastectomía profiláctica electiva y de disminución de riesgos (incluida la bilateral o la contralateral) para las Personas cubiertas que un Médico considera que tienen las mayores probabilidades de desarrollar cáncer de seno en un futuro, de acuerdo con los factores de riesgo médicamente aceptados. Consulte la sección sobre Procedimientos cosméticos o Cirugía reconstructiva para obtener información sobre los requisitos para la reconstrucción.
- (49) **Dispositivos protésicos:** Extremidades y ojos artificiales u otros dispositivos protésicos cuando sean necesarios debido a una Enfermedad o Lesión. Este beneficio incluye cualquier reparación necesaria para restaurar la prótesis para que pueda ser utilizable. Si dicha prótesis no se puede restaurar para que pueda ser utilizable, el reemplazo se considerará elegible sujeto a la aprobación previa del Plan. En cualquier caso, las reparaciones o los reemplazos por abuso o mal uso, según lo determine el Plan, no están cubiertos.
- (50) **Gastos de ensayos clínicos que reúnen los requisitos:** Gastos que, con excepción de lo excluido a continuación, son artículos o servicios de cuidado de salud para tratar el cáncer o cualquier otra afección que pone en riesgo la vida en personas que cumplen con los requisitos y que están inscritas en un Ensayo clínico que reúne los requisitos. Además, dichos gastos son coherentes con los términos del Plan y estarían cubiertos si la Persona cubierta no participara en el Ensayo clínico que reúne los requisitos.

A los efectos de esta sección, “afección que pone en riesgo la vida” hace referencia a cualquier afección o Enfermedad cuya posibilidad de ocasionar la muerte es probable, a menos que se interrumpa el progreso de la Enfermedad o afección. Una “persona que cumple con los requisitos” hace referencia a cualquier Persona cubierta que puede para participar en un Ensayo clínico que reúne los requisitos de acuerdo con el protocolo del ensayo para el tratamiento del cáncer o cualquier otra afección que pone en riesgo la vida que hace que su participación en el programa sea adecuada según se determina de acuerdo con (i) una conclusión del profesional del cuidado de la salud que realiza la remisión o (ii) información médica y científica suministrada por la Persona cubierta.

A pesar de lo anterior, los gastos del Ensayo clínico que reúne los requisitos no incluyen ninguno de los siguientes:

- (a) Costos asociados con la gestión de la investigación relacionada con el Ensayo clínico que reúne los requisitos.
 - (b) Costos que no estarían cubiertos para tratamientos que no son Experimentales o en Investigación.
 - (c) Todo artículo o servicio que se contraponga claramente a los estándares de cuidado ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico en particular.
- (51) **Radioterapia:** Tratamiento con terapia de radiación y radioisótopos. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.
- (52) **Cirugía reconstructiva:** Consulte la sección sobre Procedimientos cosméticos o Cirugía reconstructiva.

- (53) **Centro de rehabilitación:** Cuidado durante la internación en un Centro de rehabilitación siempre que dicha internación (a) cuente con la recomendación y supervisión general de un Médico; (b) tenga como fin proporcionar el cuidado médico necesario para transitar un proceso de convalecencia mientras el paciente se recupera de las afecciones que causaron o favorecieron la internación previa en un Hospital o Centro de enfermería especializada; y (c) no esté relacionada con Cuidado no médico.

Consulte el beneficio sobre el Centro de enfermería especializada para determinar qué servicios y suministros se brindan durante una internación en dicho centro.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

- (54) **Terapia respiratoria o pulmonar:** Se trata de la terapia respiratoria o pulmonar conforme a la recomendación de un Médico. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

- (55) **Cuidado de rutina de recién nacidos:** El cuidado de rutina de recién nacidos, incluidos los gastos de la sala de recién nacidos del Hospital y el cuidado pediátrico de rutina recibido durante la internación posterior al parto, se considerará que forma parte de los gastos de la madre.

Si el recién nacido está enfermo, sufre de una Lesión o requiere cuidado que no es de rutina, los beneficios se brindarán sobre la misma base que cualquier otro gasto que cumpla con los requisitos.

- (56) **Segunda opinión quirúrgica:** Segundas opiniones quirúrgicas voluntarias para Cirugías electivas que no son de emergencia cuando son recomendadas a una Persona cubierta.

Los beneficios para la segunda opinión serán pagaderos únicamente si la opinión es proporcionada por un especialista que (a) está certificado en la disciplina relacionada con la Cirugía propuesta y (b) no está vinculado de ninguna manera con el Médico que recomienda la Cirugía.

Si la segunda opinión contradice la primera, la Persona cubierta puede obtener una tercera opinión, aunque esto no es obligatorio.

- (57) **Disfunción sexual o impotencia:** Cuidado, tratamiento, servicios, suministros o medicamentos relacionados con el tratamiento de la disfunción sexual o la impotencia. Los medicamentos se considerarán según el Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta.

- (58) **Centro de enfermería especializada:** El cuidado de enfermería especializada en un Centro de enfermería especializada, siempre que dicha internación (a) cuente con la recomendación y supervisión general de un Médico; (b) tenga como fin proporcionar el cuidado médico necesario para transitar un proceso de convalecencia mientras el paciente se recupera de las afecciones que causaron o favorecieron la internación previa en un Hospital o Centro de rehabilitación; y (c) no esté relacionada con Cuidado no médico.

Consulte el beneficio sobre Centro de rehabilitación para obtener información sobre los servicios y suministros que se brindan durante una internación en dicho centro.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

- (59) **Trastornos del sueño:** Tratamiento de este trastorno y estudios del sueño que son Médicamente necesarios.

- (60) **Terapia del habla o de la audición:** Terapia del habla o de la audición de restauración o rehabilitación brindada por un Médico que reúne los requisitos o un terapeuta del habla o de la audición con licencia, según la recomendación de un Médico. La necesidad se debe a la pérdida o deterioro causados por una Enfermedad, Lesión o Cirugía, o terapia para corregir una Anomalía congénita. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

- (61) **Esterilización:** Procedimientos de esterilización electivos para el Empleado y el Cónyuge cubiertos (no se incluye la reversión de esterilización). Los procedimientos de esterilización electivos están cubiertos en la medida en que no estén incluidos de otra manera en la cobertura brindada conforme a la sección sobre servicios preventivos del Plan. Además, pueden agregarse a dicha cobertura. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

- (62) **Trastornos por abuso de sustancias:** El cuidado, los suministros y el tratamiento de un Trastorno por abuso de sustancias. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.
- (63) **Proveedores de la red de Teladoc:** Teladoc brinda acceso las 24 horas del día, todo el año, a una red nacional de Médicos certificados por la junta de los Estados Unidos, los cuales pueden resolver muchos de sus problemas médicos. Teladoc presta servicios médicos clínicos mediante telecomunicaciones en tiempo real, por ejemplo, llamadas telefónicas, el uso de Internet u otras redes o dispositivos de comunicación que no implican el contacto directo con el paciente.

Si tiene alguna pregunta con respecto a Teladoc, comuníquese con el Administrador del Plan. La cobertura conforme a este beneficio no abarca las consultas con su Médico habitual; solo cubre las consultas con un Médico que participe en el programa de Teladoc. Para obtener más información sobre Teladoc, consulte la información de contacto de Teladoc en la sección sobre información general del Plan.

Los beneficios de Teladoc incluyen lo siguiente:

- Acceso virtual o telefónico a un Médico, las 24 horas del día, todo el año.
- Tratamiento rápido.
- Hable con un Médico de Teladoc desde cualquier lugar: en su casa, en el trabajo o mientras viaja.
- Ahorre dinero evitando visitas costosas a la sala de emergencias o a un centro de cuidado de urgencia.

Comuníquese con Teladoc:

- Cuando necesite cuidado de inmediato.
- Si está pensando en ir a la sala de emergencias o a un centro de cuidado de urgencia por un problema que no es una emergencia.
- Si está de vacaciones, de viaje de negocios o lejos de casa.
- Si necesita volver a obtener medicamentos con receta a corto plazo.

Los proveedores de Teladoc tratan afecciones como las siguientes:

- Resfrío e influenza
- Bronquitis
- Infecciones respiratorias
- Problemas de los senos paranasales
- Alergias
- Infección del tracto urinario
- Cuidado pediátrico
- Erupciones causadas por hiedra venenosa
- Conjuntivitis
- Infecciones de oído

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

- (64) **Telemedicina:** Servicios relacionados con cuidado médico clínico que brinda un proveedor mediante telecomunicaciones en tiempo real, por ejemplo, llamadas telefónicas, el uso de Internet u otras redes o dispositivos de comunicación que no implican el contacto directo con el paciente. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.
- (65) **Trasplantes (distintos de los recibidos mediante el Programa Institutes of Excellence de Aetna):** Servicios y suministros relacionados con procedimientos de trasplantes Médicamente necesarios, no experimentales ni en investigación.
- (a) Si tanto el donante como el receptor están cubiertos por este Plan, los gastos Realizados por cada persona que cumplan con los requisitos se computarán individualmente.
- (b) Si el receptor está cubierto por este Plan, pero el donante no, se considerarán los gastos Realizados por el donante que cumplan con los requisitos, siempre y cuando no estén cubiertos por el plan del donante.

- (c) Si el donante está cubierto por este Plan, pero el receptor no, se considerarán los gastos Realizados por el donante que cumplan con los requisitos.
- (d) La Tarifa usual y acostumbrada de obtención del órgano del donante vivo designado, de un donante muerto o de un banco de tejido, incluidos los honorarios del cirujano, anestesista, radiólogo y patólogo por la extracción del órgano y el cargo de un Hospital por almacenarlo y transportarlo.

Consulte la sección "Programa Institutes of Excellence de Aetna" en este documento para obtener información sobre la cobertura de trasplantes recibidos mediante dicho programa.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

Exclusiones:

- (a) Trasplantes de órganos artificiales o no humanos.
 - (b) El precio de compra de médula ósea o cualquier órgano, tejido o pieza similar que se venda en lugar de donarse.
 - (c) Trasplantes que no son médicamente reconocidos y que son Experimentales o están en Investigación.
 - (d) Gastos de alojamiento, incluidas las comidas.
 - (e) Gastos relacionados con el viaje de la Persona cubierta.
- (66) **Gastos de viaje y alojamiento:** Gastos relacionados con el viaje y alojamiento por abortos que cumplen con los requisitos, sujetos a las siguientes condiciones:
- (a) La Persona cubierta no puede localizar a un Proveedor participante en un radio de 50 millas de su lugar de residencia.
 - (b) El servicio que implica costos de viaje y alojamiento debe ser un Gasto cubierto como se muestra en la sección sobre Gastos médicos que cumplen con los requisitos.

El reembolso de los gastos de viaje y alojamiento está sujeto a las siguientes condiciones de reembolso:

- (a) Montos permitidos de viajes. Se reembolsan los costos de transporte (solo en clase turista) por el traslado de ida y vuelta entre el hogar del paciente y el centro (en avión, tren, autobús, taxi, ferri o algún servicio de transporte regular). Si la Persona cubierta se traslada en automóvil hasta el centro, el millaje, el estacionamiento y el costo del peaje se reembolsarán de acuerdo con las pautas del Servicio de Impuestos Internos.
- (b) Montos permitidos de alojamiento. El reembolso de los gastos Realizados por el paciente y cualquier acompañante para alojarse en un hotel lejos de su hogar se hace a razón de \$50 por noche por persona, hasta un máximo de \$100 por noche.
- (c) Máximo global. Los reembolsos de gastos de viaje y alojamiento se limitan a \$10,000 por Año calendario. Se trata de un monto máximo combinado para el paciente y el acompañante.
- (d) Acompañantes. Se permite un acompañante por adulto y dos padres o tutores por Hijo.

No se incluye lo siguiente:

- (a) Comidas y productos alimenticios.
- (b) Artículos de cuidado personal o recuerdos.
- (c) El alquiler de vehículos.
- (d) Combustible.

Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

NOTA: Este beneficio no incluye ningún gasto de viaje y alojamiento relacionado con un procedimiento de trasplante cubierto por el Plan. Consulte la sección sobre Institutes of Excellence de Aetna del Plan para obtener información sobre los beneficios de viaje y alojamiento disponibles por medio del programa IOE.

- (67) **Centro de cuidado de urgencia:** Servicios y suministros proporcionados por un Centro de cuidado de urgencia. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.
- (68) **Pelucas:** La compra de una prótesis capilar por la pérdida de cabello ocasionada por una enfermedad llamada alopecia areata o por recibir quimioterapia o radioterapia. Los gastos que cumplan con los requisitos serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*.

PROGRAMA INSTITUTES OF EXCELLENCE DE AETNA

Los Institutes of Excellence (IOE) son centros que han celebrado contratos con Aetna para ofrecer servicios y suministros relacionados con uno o más procedimientos médicos altamente especializados. El cargo máximo facturado por un IOE por dichos servicios y suministros será el monto acordado entre Aetna y el IOE.

Gastos de trasplante

Cuando se haya determinado que usted o uno de sus Dependientes que cumplen con los requisitos requieren un trasplante de órganos, usted o su Médico deben seguir el proceso de precertificación tal cual se describe en la sección "Programa de Administración Médica" del Plan (que también incluye hablar sobre la coordinación del cuidado del trasplante). Aetna coordinará todos los servicios de trasplantes. Además, usted debe cumplir con todos los requisitos de precertificación. La palabra "órgano" hace referencia a órganos sólidos, células madre, médula ósea y tejido.

Los beneficios pueden variar si se utilizan centros IOE o centros que no son IOE. Además, algunos de los gastos que figuran a continuación solo son pagaderos dentro de la red de IOE. El centro IOE debe estar específicamente aprobado y designado por Aetna para realizar el procedimiento que necesita. Un trasplante estará cubierto al nivel de Proveedores participantes solo si se lleva a cabo en un centro designado IOE. Cualquier tratamiento o servicio relacionados con trasplantes que se brindan en un centro que no se especifica que pertenece a la red de IOE (incluso si el centro se considera un centro de la red para otros tipos de servicios) serán pagaderos según se muestra en la *Lista de beneficios médicos*. Lea detenidamente cada una de las siguientes secciones.

Gastos cubiertos de trasplantes

Los Gastos cubiertos de trasplantes incluyen lo siguiente:

- (1) Los cargos por iniciar el proceso de búsqueda de donantes en los registros nacionales.
- (2) Las pruebas de compatibilidad de posibles donantes de órganos que sean familiares directos. A los fines de esta sección, un "familiar directo" se define como "un familiar biológico de primer grado". Estos son sus padres, hermanos o hijos biológicos.
- (3) Los gastos ambulatorios y de internación directamente relacionados con el trasplante.
- (4) Los cargos que cobra un Médico o equipo de trasplantes.
- (5) Los cargos que cobra un Hospital, centro ambulatorio o Médico por los gastos médicos y quirúrgicos de un donante vivo, pero siempre que no estén cubiertos por otro plan o programa.
- (6) Los servicios y suministros relacionados que brinda el centro IOE durante el proceso del trasplante. Estos servicios y suministros pueden incluir terapias física, ocupacional y del habla; medicamentos biomédicos e inmunosupresores; gastos por cuidado de salud en el hogar y terapia de infusión domiciliaria.

Por lo general, los gastos de trasplante cubiertos son Realizados durante las cuatro etapas de cuidado de trasplantes que se describen a continuación. Los gastos Realizados por un trasplante durante estas cuatro etapas se considerarán un solo trasplante.

Se considera que un trasplante comienza en el momento de su evaluación y finaliza, ya sea (1) a los 180 días posteriores a la fecha del trasplante o (2) en la fecha en la que el paciente recibe el alta del Hospital o centro ambulatorio por la admisión o visitas relacionadas con el trasplante, lo que ocurra después.

A continuación, se detallan las cuatro etapas del proceso de trasplante y un resumen de los gastos por trasplante cubiertos en cada una de ellas:

- (1) Evaluación o examen previos al trasplante. Incluye todos los componentes profesionales y técnicos relacionados con el trasplante necesarios para el control, la evaluación y la aceptación en un programa de trasplante de un centro de trasplantes.
- (2) Examen de posibles donantes previo al trasplante. Incluye pruebas de compatibilidad o tipos de antígeno leucocitario humano de posibles donantes de órganos que sean familiares directos.

- (3) Trasplante. Incluye todos los servicios y suministros de salud relacionados con un trasplante cubierto y recibidos por usted y el donante durante una internación o de forma ambulatoria mientras se llevan a cabo uno o más Procedimientos quirúrgicos o terapias médicas para realizar el trasplante; Medicamentos con receta administrados durante su internación o las visitas ambulatorias, incluidos medicamentos biomédicos e inmunosupresores; terapias física, ocupacional o del habla que se brindan durante su estadía o las visitas ambulatorias; obtención del órganos de un donante vivo o fallecido.
- (4) Cuidado de seguimiento. Incluye todos los gastos de trasplante cubiertos; servicios de cuidado de salud en el hogar; terapia de infusión domiciliaria y servicios ambulatorios relacionados con el trasplante brindados dentro de los 180 días posteriores a la fecha en la que se realizó el trasplante.

Un solo trasplante

Los siguientes se consideran un solo trasplante:

- (1) Corazón.
- (2) Pulmón.
- (3) Corazón/pulmón.
- (4) Trasplante simultáneo de páncreas y riñón.
- (5) Páncreas.
- (6) Riñón.
- (7) Hígado.
- (8) Intestino.
- (9) Médula ósea/células madre.
- (10) Varios órganos que se reemplazan durante una Cirugía de trasplante.
- (11) Trasplantes en tándem (células madre).
- (12) Trasplantes secuenciales.
- (13) Nuevo trasplante del mismo tipo de órgano dentro de los 180 días posteriores al primer trasplante.
- (14) Cualquier otro trasplante de un solo órgano, a menos que esté excluido de otro modo conforme al Plan.

Más de un trasplante

Los siguientes se consideran más de un trasplante:

- (1) Trasplante autólogo de sangre o médula ósea seguido de un trasplante alogénico de sangre o médula ósea (cuando no forma parte de un trasplante en tándem).
- (2) Trasplante alogénico de sangre o médula ósea seguido de un trasplante autólogo de sangre o médula ósea (cuando no forma parte de un trasplante en tándem).
- (3) Nuevo trasplante después de 180 días del primer trasplante.
- (4) Trasplante de páncreas después de un trasplante de riñón.
- (5) Un trasplante necesario debido a una insuficiencia orgánica adicional durante la Cirugía o el proceso de trasplante original.
- (6) Más de un trasplante cuando no se realiza como parte de un trasplante en tándem o secuencial planificado (por ejemplo, un trasplante de hígado seguido de un trasplante de corazón).
- (7) Terapia de células T con receptor de antígeno quimérico para tratamientos aprobados por la FDA.

Limitaciones

La cobertura de trasplantes no incluye cargos por lo siguiente:

- (1) Medicamentos en casos ambulatorios, incluidos medicamentos biomédicos e inmunosupresores que no estén expresamente relacionados con un trasplante ambulatorio.
- (2) Servicios y suministros brindados a un donante cuando el receptor no es una Persona cubierta.
- (3) Terapia de infusión en el hogar después de un trasplante.
- (4) Recolección o almacenamiento de órganos, sin la expectativa de trasplante inmediato para una Enfermedad existente.
- (5) Recolección o almacenamiento de médula ósea, tejido o células madre, sin la expectativa de trasplante dentro de los 12 meses para una Enfermedad existente.
- (6) Trasplante de córnea (injerto de membrana amniótica en la córnea) o trasplante de cartílago (condrocitos autólogos o mosaicoplastia autóloga osteocondral), a menos que los autorice el Plan.

Gastos de viaje y alojamiento

Los gastos de viaje y alojamiento estarán cubiertos por el Plan sujetos a las condiciones descritas a continuación.

- (1) Requerimiento de distancia. El centro IOE debe estar ubicado a más de 100 millas de distancia del hogar del paciente.
- (2) Montos permitidos de viajes. Se reembolsan los costos de transporte por el traslado (en avión, tren o autobús) de ida y vuelta entre el hogar del paciente y el centro. Si el traslado se realiza en automóvil hasta el centro, el millaje, el estacionamiento y el costo del peaje se reembolsarán de acuerdo con las pautas del Servicio de Impuestos Internos.
- (3) Montos permitidos de alojamiento. El reembolso de los gastos Realizados por el paciente y cualquier acompañante para alojarse en un hotel lejos de su hogar se hace a razón de \$50 por noche por persona, hasta un máximo de \$100 por noche.
- (4) Máximo global. Los reembolsos de gastos de viajes y alojamiento se limitan a \$10,000 por cualquier tipo de trasplante o procedimiento, incluidos los trasplantes en tándem. Es un máximo combinado para el paciente, el acompañante y el donante.
- (5) Acompañantes. Se permite un acompañante por adulto y dos padres o tutores por Hijo.

BENEFICIOS ALTERNATIVOS

Además de los beneficios ya especificados, el Plan puede elegir ofrecer beneficios para los servicios prestados por cualquier proveedor conforme a un plan de tratamiento alternativo aprobado por el Plan. En este caso, los cargos por los servicios ofrecidos a una Persona cubierta según un plan de tratamiento alternativo hasta su finalización serán menores que aquellos cargos por los servicios prestados según el plan de tratamiento actual hasta su finalización.

El Plan brindará dichos beneficios alternativos a su exclusiva discreción y solo cuando, y siempre que, se determine que el plan de tratamiento alternativo es Médicamente necesario y rentable. Si el Plan decide brindar beneficios conforme a un plan de tratamiento alternativo a una Persona cubierta en una circunstancia, esto no quiere decir que el Plan está obligado a proveer los mismos beneficios, o beneficios similares, en cualquier otra instancia o para otra Persona cubierta conforme a este Plan en cualquier otra instancia, y tampoco se debe interpretar como una exención de los derechos del Administrador del Plan a administrar este Plan en lo sucesivo de estricto acuerdo con sus términos expresos.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES

Ningún pago cumplirá con los requisitos conforme a ninguna parte de este Plan por gastos Realizados por una Persona cubierta por los gastos o las circunstancias que se describen más abajo. Si se paga un gasto que se demuestra que es un gasto excluido o limitado según lo especificado más abajo, el Plan tiene derecho a cobrar ese monto del beneficiario, de la Persona cubierta o de futuros beneficios, y dicho pago no cancela las exclusiones, limitaciones u otros términos escritos del Plan.

- (1) **Abortos:** Se considerará que los gastos relacionados con abortos electivos de hijas Dependientes no cumplen con los requisitos, excepto según lo especificado en el beneficio de maternidad, en la sección “Gastos médicos que cumple con los requisitos”.
- (2) **Servicios administrativos:** Se considerará que los gastos por completar formas de reclamo, además de las tareas de envío y gestión, no cumplen con los requisitos. Esta exclusión no se aplica a los cargos razonables por generar registros médicos para revisión de la utilización, para auditorías o para investigar un reclamo de beneficios, siempre y cuando los solicite y apruebe el Plan; tampoco se aplica a las consultas de telemedicina según se describe en la sección “Gastos médicos que cumplen con los requisitos” del Plan.
- (3) **Adopción:** Se considerará que los gastos relacionados con la adopción no cumplen con los requisitos.
- (4) **Después de la fecha de terminación:** Se considerará que los gastos Realizados después de la fecha de terminación de la cobertura según el Plan no cumplen con los requisitos.
- (5) **Tratamientos alternativos:** Se considerará que los gastos por tratamientos alternativos, entre ellos, la aromaterapia; la acupuntura; el arteterapia; la musicoterapia; la danza terapéutica; la equinoterapia; los procedimientos médicos integrales, incluidos los servicios de homeopatía y naturopatía, y la terapia ambiental; y otras formas alternativas de tratamiento según lo define el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) de los Institutos Nacionales de la Salud no cumplen con los requisitos.
- (6) **Biorretroalimentación:** Se considerará que los gastos relacionados con la biorretroalimentación no cumplen con los requisitos.
- (7) **Rehabilitación cardíaca:** Los gastos relacionados con la rehabilitación cardíaca de fase III o IV, que incluyen, entre otros, la terapia ocupacional y programas de rehabilitación laboral, no cumplen con los requisitos. Las fases III y IV se refieren al nivel de tratamiento para mantenimiento general, sin que se implemente alguna otra mejora médica o terapia de ejercicios que ya no requiera la supervisión de profesionales médicos.
- (8) **Terapia de quelación:** Se considerará que los gastos por terapia de quelación no cumplen con los requisitos, a menos que se deba a una intoxicación por metales pesados.
- (9) **Familiar cercano:** Se considerará que los gastos por servicios, cuidado o suministros brindados por una persona que normalmente reside en el hogar de la Persona cubierta o por un Familiar cercano no cumplen con los requisitos.
- (10) **Complicaciones:** Se considerará que los gastos por cuidado, servicios o tratamientos que surgen por complicaciones con un tratamiento o procedimiento no cubiertos por el Plan no cumplen con los requisitos. Esta exclusión no se aplica a las complicaciones surgidas luego de abortos o por embarazo de una hija Dependiente, según se especifica en la sección “Gastos médicos que cumplen con los requisitos”.
- (11) **Artículos para comodidad personal:** Se considerará que los artículos para comodidad e higiene personales no cumplen con los requisitos.
- (12) **Procedimientos cosméticos:** Se considerará que los gastos por Procedimientos cosméticos y reconstructivos no cumplen con los requisitos, salvo según lo especificado en la sección “Gastos médicos que cumplen con los requisitos”.
- (13) **Asesoramiento:** Se considerará que los gastos de asesoramiento religioso, matrimonial, familiar o vincular no cumplen con los requisitos, salvo según lo especificado en la sección “Gastos médicos que cumplen con los requisitos”.

- (14) **Orden judicial:** Se considerará que los gastos por servicios de desintoxicación o terapia ambulatoria por orden judicial o como requerimiento para la libertad condicional no cumplen con los requisitos.
- (15) **Remodelación craneal:** Se considerará que los gastos por remodelación craneal no cumplen con los requisitos.
- (16) **Cuidado no médico:** Se considerará que los gastos por Cuidado no médico no cumplen con los requisitos, salvo según lo especificado en los beneficios de Cuidado de salud en el hogar y cuidado de Hospicio.
- (17) **Cuidado dental:** Se considerará que los gastos Realizados en relación con el cuidado, el tratamiento, los implantes o las radiografías dentales, así como la anestesia general y los gastos de Hospital, no cumplen con los requisitos, salvo según lo especificado en la sección "Gastos médicos que cumplen con los requisitos". Se considerará que la extracción de un diente impactado no cumple con los requisitos.
- (18) **Sala de emergencias, si no es para tratar un Enfermedad de emergencia:** Se considerará que los gastos por el cuidado brindado en un sala de emergencias, si no es para tratar una Enfermedad de emergencia, no cumplen con los requisitos.
- (19) **Equipos:** Gastos por equipo informático especializado, que incluye, entre otros, teclados braille y *software* de reconocimiento de voz, a menos que se determine su necesidad médica y no sean fundamentalmente para conveniencia personal.
- (20) **Exámenes:** Se considerará que los gastos por exámenes para obtener empleos, licencias, seguros; para presentar en instituciones educativas, campamentos, centros deportivos o con fines de adopción; además de los aptos físicos que exige el Departamento de Transporte o la Administración Federal de Aviación, no cumplen con los requisitos.
- (21) **Programas de ejercicio:** Se considerará que los gastos por programas de ejercicio para tratar cualquier Enfermedad no cumplen con los requisitos, salvo las terapias de rehabilitación cardíaca, ocupacional o física supervisadas por un Médico y cubiertas por el Plan.
- (22) **Experimental o en Investigación:** Se considerará que los gastos por tratamientos, procedimientos, dispositivos, medicamentos o medicinas que se determina que son Experimentales o están en Investigación no cumplen con los requisitos, salvo que sea un uso no indicado en la etiqueta o cuando dichos gastos se consideren gastos conforme a un Ensayo clínico que reúne los requisitos.
- (23) **Cuidado de los pies:** Se considerará que los gastos por el cuidado de rutina de los pies y el tratamiento de pies débiles, inestables o planos no cumplen con los requisitos, a menos que sea una enfermedad vascular metabólica o periférica.
- (24) **Ortopedia para pies:** Se considerará que los gastos de ortopedia solo para pies, zapatos ortopédicos (salvo aquellos que son una parte integral de una pierna ortopédica), soportes de arcos, o bien el examen, la indicación o la adaptación de estos, no cumplen con los requisitos.
- (25) **Reasignación de sexo:** Se considerará que los gastos relacionados con la reasignación de sexo no cumplen con los requisitos.
- (26) **Agencia gubernamental:** Se considerará que los gastos por servicios y suministros que son brindados por cualquier agencia gubernamental y que la Persona cubierta no es responsable de pagar no cumplen con los requisitos. En el caso de un programa de asistencia médica patrocinado por el estado, los beneficios pagaderos conforme al Plan serán primarios. Los beneficios pagaderos conforme a este Plan también serán primarios para cualquier Persona cubierta que cumpla con los requisitos conforme a TRICARE (el programa patrocinado por el Gobierno para dependientes militares).
- (27) **Terapia de la hormona del crecimiento:** Se considerará que los gastos por la terapia de la hormona del crecimiento no cumplen con los requisitos, salvo según lo especificado en la sección "Programa de Medicamentos con Receta" del Plan.
- (28) **Pérdida del cabello:** Se considerará que los gastos por pérdida del cabello, trasplantes capilares, pelucas o cualquier otro medicamento que promete el crecimiento capilar, indicados por un Médico o no, no cumplen con los requisitos, salvo según lo especificado en la sección "Gastos médicos que cumplen con los requisitos". Esta exclusión no se aplica al tratamiento Medicamento necesario de la alopecia areata.

- (29) **Exámenes de audición o audífonos:** Se considerará que los gastos por exámenes de audición de rutina, audífonos (incluida su colocación) y suministros no cumplen con los requisitos, salvo que estén cubiertos como un servicio preventivo en la sección “Gastos médicos que cumplen con los requisitos” del Plan. Esta exclusión no se aplica a implantes cocleares.
- (30) **Hiperidrosis:** Se considerará que los gastos por hiperidrosis (sudoración excesiva) no cumplen con los requisitos.
- (31) **Hipnoterapia:** Se considerará que los gastos por hipnoterapia no cumplen con los requisitos.
- (32) **Ocupación ilegal o delito grave:** Se considerará que los gastos por una Lesión o Enfermedad, o relacionados con ellas, que surgen de una ocupación ilegal o un delito grave no cumplen con los requisitos. Esta exclusión no se aplicará a las Lesiones o Enfermedades sufridas debido a una afección médica (física o mental) o debido a un acto de violencia doméstica.

- (33) **Vacunas:** Gastos por vacunas, medicamentos u otros tratamientos que se recomiendan debido a un aumento del riesgo a causa de un viaje fuera de los Estados Unidos, salvo que estén cubiertos como un servicio preventivo en la sección “Gastos médicos que cumplen con los requisitos” del Plan.
- (34) **Esterilidad:** Se considerará que los gastos por internación, tratamiento o servicios relacionados con la esterilidad (la incapacidad para concebir) o con el estímulo de la concepción no cumplen con los requisitos, salvo por el diagnóstico, las pruebas y la corrección de la enfermedad subyacente que causa la esterilidad, según lo especificado en la sección “Gastos médicos que cumplen con los requisitos”.

Ninguna parte de esta sección tiene como fin excluir la cobertura (si existiera) de ningún tratamiento o sesión de asesoramiento por esterilidad cuya cobertura se requiera como servicio preventivo conforme a las pautas publicadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud el 1.º de agosto de 2011 (o cualquier pauta o guía posterior correspondiente).

- (35) **Terapia de mantenimiento:** Se considerará que los gastos por Terapia de mantenimiento de cualquier tipo cuando la persona ha alcanzado el nivel máximo de mejoría no cumplen con los requisitos.
- (36) **Medicamento necesario:** Se considerará que los gastos que no son Medicamento necesarios no cumplen con los requisitos.
- (37) **Citas a las que usted no asistió:** Se considerará que los gastos por citas a las que usted no asistió no cumplen con los requisitos.
- (38) **Falta de obligación legal:** Se considerará que los gastos por servicios que recibe la Persona cubierta y que esta no tiene la obligación legal de pagar no cumplen con los requisitos. Esta exclusión no se aplicará a los gastos que cumplen con los requisitos para recibir la cobertura estatal de Medicaid, donde la ley federal exige que el Plan de este Empleador sea el primario.
- (39) **Procedimientos sin cobertura:** Se considerará que los gastos por servicios relacionados con una Cirugía o procedimiento sin cobertura no cumplen con los requisitos, independientemente del momento en que se realizaron la Cirugía o el procedimiento.
- (40) **No realizados con la supervisión de un Médico:** Se considerará que los gastos por servicios y suministros no indicados o brindados por un Médico, o bajo su supervisión, no cumplen con los requisitos.
- (41) **No recomendados por un Médico:** Se considerará que los gastos facturados por un Hospital o un Centro residencial de tratamiento cubierto, cuando un Médico calificado legalmente no recomendó ni aprobó la hospitalización, no cumplen con los requisitos.
- (42) **Suplementos nutricionales:** Se considerará que los gastos por suplementos nutricionales u otros tipos de nutrición enteral no cumplen con los requisitos, salvo que estén cubiertos como un servicio preventivo en la sección “Gastos médicos que cumplen con los requisitos” del Plan. Se considerará que los suplementos nutricionales o las fórmulas para lactantes sin receta no cumplen con los requisitos, incluso cuando estén indicados por un Médico.
- (43) **Obesidad:** Se considerará que los gastos por el cuidado y el tratamiento quirúrgicos y no quirúrgicos de la obesidad, incluida la pérdida de peso, formen parte o no de un plan de tratamiento de otra Enfermedad, no cumplen con los requisitos, salvo que estén cubiertos como un servicio preventivo en la sección “Gastos médicos que cumplen con los requisitos” del Plan.

- (44) **Terapia ocupacional:** Se considerará que los gastos por terapia ocupacional principalmente para recreación o interacción social no cumplen con los requisitos.
- (45) **Dirigido por el Gobierno:** Se considerará que los gastos por tratamientos en un centro dirigido por el Gobierno, o de su propiedad, no cumplen con los requisitos, a menos que la Persona cubierta tenga la obligación legal de pagar. Esto no se aplica a los Gastos cubiertos que cobra un Hospital dirigido por la Administración para Veteranos de los Estados Unidos, o de su propiedad, cuando los servicios son prestados a una Persona cubierta por una Enfermedad o Lesión no relacionadas con el servicio.
- (46) **Tratamiento ortognático:** Se considerará que los gastos por la Cirugía del maxilar inferior o superior, la Cirugía ortognática y el alineamiento de la mandíbula no cumplen con los requisitos. Esta exclusión no se aplica a la Cirugía reconstructiva de la mandíbula debido a una Anomalía congénita, una Lesión traumática grave, una dislocación, un tumor, cáncer o apnea obstructiva del sueño.
- (47) **Fuera de los Estados Unidos:** Se considerará que los gastos por servicios o suministros cuando la Persona cubierta deja los Estados Unidos o sus territorios con el propósito expreso de recibir tratamiento médico no cumplen con los requisitos.
- (48) **Medicamentos sin receta:** Se considerará que los gastos por cualquier medicamento sin receta no cumplen con los requisitos. Se considerará que los gastos por medicamentos y medicinas que no requieren receta de un Médico con licencia ni ser despachados por un farmacéutico con licencia no cumplen con los requisitos, salvo que estén cubiertos como un servicio preventivo en la sección “Gastos médicos que cumplen con los requisitos” del Plan.
- (49) **Máximos del Plan:** Se considerará que los gastos que superen los Máximos del Plan no cumplen con los requisitos.
- (50) **Anteriores a la fecha de entrada en vigor:** Se considerará que los gastos Realizados antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura conforme al Plan no cumplen con los requisitos.
- (51) **Psicocirugía:** Se considerará que los gastos por psicocirugía (lobotomía) no cumplen con los requisitos.
- (52) **Contaminación radiactiva:** Se considerará que los gastos Realizados como resultado de la contaminación radiactiva o las propiedades peligrosas de material nuclear no cumplen con los requisitos.
- (53) **Terapia recreativa o educativa:** Se considerará que los gastos por servicios recreativos y educativos; por discapacidades del aprendizaje; por servicios de modificación de la conducta; por capacitación o pruebas vocacionales; y por cualquier forma de cuidado o capacitación personales no médicos (incluidas pruebas de diagnóstico relacionadas; musicoterapia; membrecías en clubes de salud) no cumplen con los requisitos. Se incluyen los cargos por servicios profesionales que cuentan para obtener un título o complementar la educación o la capacitación de una Persona cubierta, independientemente del diagnóstico. Se considera que la educación relacionada con la diabetes cumple con los requisitos, según se especifica en la sección “Gastos médicos que cumplen con los requisitos”. Esta exclusión no se aplicará a los gastos relacionados con el diagnóstico, las pruebas y el tratamiento del autismo, del trastorno por déficit de atención o del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- (54) **Defectos de refracción:** Se considerará que los gastos por queratotomía radial, Cirugía LASIK o cualquier Procedimiento quirúrgico para corregir defectos de refracción del ojo no cumplen con los requisitos.
- (55) **Obligación legal:** Siempre que una persona esté obligada por ley a mantener la cobertura de seguro (o a mantener cualquier otra seguridad o reservar el monto en lugar de la cobertura de seguro), los gastos de una Persona cubierta que pagaría dicha cobertura de seguro no son gastos que cumplan con los requisitos, independientemente de si la persona está de hecho cubierta por dicha cobertura. A los efectos de cualquier cobertura de seguro para automotor, motocicletas u otros vehículos, los gastos que de otro modo cumplan con los requisitos y sean inferiores a la cobertura mínima requerida o la cobertura real elegida (la que sea mayor) se excluirán de la cobertura de este Plan.
- (56) **Disturbio o motín:** Se considerará que los gastos que surjan de la participación de la Persona cubierta en un disturbio o motín no cumplen con los requisitos. Esta exclusión no se aplicará a las Lesiones o Enfermedades sufridas debido a una afección médica (física o mental) o a un acto de violencia doméstica.

- (57) **Servicios no permitidos por leyes estatales o locales:** Algunas leyes estatales o locales restringen el alcance de los servicios de cuidado de salud que puede brindar un proveedor. En tales casos, el Plan no cubrirá dichos servicios de cuidado de salud.
- (58) **Piel:** Se considerará que los gastos por los trozos de piel colgante en cualquier parte del cuerpo no cumplen con los requisitos, incluidos los procedimientos de Cirugías plásticas, como la abdominoplastia o la paniclectomía abdominal o la braquioplastia.
- (59) **Ayuda para dejar de fumar:** Se considerará que los gastos por programas para dejar de fumar, incluidos los productos disuasivos, no cumplen con los requisitos, salvo que estén cubiertos como un servicio preventivo en la sección "Gastos médicos que cumplen con los requisitos" del Plan.
- (60) **Ronquidos:** Se considerará que los dispositivos orales para evitar roncar no cumplen con los requisitos.
- (61) **Médico de reserva:** Se considerará que los gastos por la asistencia técnica médica o los servicios de un Médico de reserva no cumplen con los requisitos.
- (62) **Esterilización:** Se considerará que los gastos por la reversión de la esterilización electiva no cumplen con los requisitos. Además, se considerará que los gastos por la esterilización electiva de cualquier persona que no sea el Empleado cubierto o el Cónyuge correspondiente no cumplen con los requisitos, salvo que estén cubiertos como un servicio preventivo en la sección "Gastos médicos que cumplen con los requisitos" del Plan.
- (63) **Madre subrogada:** Se considerará que los gastos relacionados con un embarazo subrogado de cualquier persona no cubierta por este Plan, y de cualquier Persona cubierta que no sea el Empleado o su Cónyuge, no cumplen con los requisitos, incluidos, entre otros, los gastos antes del embarazo, durante la concepción, antes del nacimiento, durante el parto y posteriores al nacimiento. Esta exclusión no se aplica a los servicios preventivos para cualquier Persona cubierta, según se describe en la sección "Gastos médicos que cumplen con los requisitos" del Plan.
- (64) **Disfunción de la articulación temporomandibular:** Se considerará que los gastos por el tratamiento o los servicios relacionados con la disfunción de la articulación temporomandibular no cumplen con los requisitos.
- (65) **Viajes:** Se considerará que los gastos por viajes no cumplen con los requisitos, salvo lo especificado en la sección "Gastos médicos que cumplen con los requisitos".
- (66) **Cargo habitual:** Se considerará que los gastos que superen el Cargo habitual no cumplen con los requisitos.
- (67) **Cuidado de la vista:** Se considerará que los gastos por el cuidado de la vista, incluidos los exámenes completos de ojos de rutina, los servicios de un profesional para colocar o suministrar lentes, marcos, lentes de contacto y otros dispositivos ópticos fabricados, no cumplen con los requisitos. Sin embargo, se brindarán beneficios para la colocación inicial necesaria de un par de anteojos, lentes de contacto o un lente intraocular después de un Procedimiento quirúrgico Médicamente necesario en el ojo. Esta exclusión no se aplica al paciente afáquico ni a lentes blandas o cubiertas esclerales que se utilizan como vendas para la córnea, ni tampoco si los servicios se consideran servicios preventivos en la sección "Gastos médicos que cumplen con los requisitos" del Plan.
- (68) **Salario o ganancias:** Se considerará que los gastos por cualquier Lesión o Enfermedad que surjan a raíz de cualquier ocupación por salario o ganancias o durante dicha ocupación (incluido el trabajo independiente) o cualquier gasto relacionado con dicha Lesión o Enfermedad no cumplen con los requisitos.
- (69) **Guerra:** Se considerará que los gastos por el tratamiento de una Enfermedad o Lesión producidas por participar activamente en una guerra o cualquier acto bélico o terrorista (declarados o no), una guerra civil, un conflicto armado o una invasión, o mientras se presta servicio a las fuerzas armadas de cualquier país u organización internacional no cumplen con los requisitos.
- (70) **Ingresos durante los fines de semana:** Se considerará que los gastos por el cuidado y el tratamiento facturados por un Hospital a causa de un ingreso para tratar una Enfermedad que no es de emergencia un viernes, sábado o domingo no cumplen con los requisitos, a menos que se programa una Cirugía dentro de las 24 horas.

- (71) **Programas de tratamiento en la naturaleza:** Se considerará que los gastos por programas de tratamiento en la naturaleza no cumplen con los requisitos.
- (72) **Indemnización a trabajadores:** Se considerará que los gastos por cualquier Lesión o Enfermedad que sea consecuencia o que surja durante el pleno desarrollo de cualquier ocupación por la cual la Persona cubierta tendría derecho a recibir una indemnización conforme a cualquier ley de indemnización a trabajadores, ley de enfermedad laboral o legislación similar, o bien cualquier gasto relacionado con dicha Lesión o Enfermedad, no cumplen con los requisitos.

Los gastos por Lesiones o Enfermedades que cumplieran con los requisitos para adjudicar un pago conforme a la indemnización a trabajadores o una ley similar y por los cuales se ha alcanzado el reembolso máximo pagado conforme a la indemnización a trabajadores o una ley similar no cumplirán con los requisitos para el pago según este Plan.

PROGRAMA DE TARJETAS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

Los gastos que cumplen con los requisitos incluyen los Medicamentos con receta y las medicaciones indicadas por un Médico o una persona autorizada para emitir recetas, y despachados por un farmacéutico con licencia, que se consideran necesarios para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión e incluyen, entre otros, los siguientes: insulina; agujas o jeringas hipodérmicas, pero solo cuando se despachen con una receta por escrito de un Médico con licencia; suministros para diabéticos; medicamentos para la disfunción o impotencia sexuales; hormonas del crecimiento; y anticonceptivos (independientemente del uso para el que se prescriben). Consulte la *Lista de beneficios para medicamentos con receta* a fin de obtener información con respecto a las disposiciones sobre costos compartidos, si corresponde.

Cuando abastece su receta en una farmacia al por menor, la cantidad o el monto máximos de Medicamentos con receta cubiertos por el copago es un suministro para 30 días. Los medicamentos de mantenimiento con un suministro para más de 30 días se deben obtener en una farmacia al por menor de la red para suministro extendido en días o por medio del programa de órdenes por correo.

Cuando utiliza este programa, la cantidad o el monto máximos de Medicamentos con receta cubiertos por el copago es un suministro para 90 días.

Los gastos por determinados medicamentos que no están cubiertos por el Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta y que son Medicamento necesarios para el tratamiento de la Enfermedad o Lesión cubiertas serán pagaderos conforme a la sección sobre beneficios médicos del Plan, sujetos a cualquier limitación de cobertura y exclusiones aplicables al componente médico principal del Plan. Consulte la sección “Gastos médicos que cumplen con los requisitos” y la sección “Exclusiones y limitaciones generales” del Plan.

NOTA: La cobertura, las limitaciones y las exclusiones para Medicamentos con receta se determinarán a través del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta seleccionado por el Patrocinador del Plan y no estarán sujetas a las limitaciones y exclusiones del componente médico principal del Plan (salvo por determinados medicamentos que no están cubiertos según el Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta). Para obtener una lista completa de los Medicamentos con receta disponibles conforme al Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta, así como información sobre cualquier exclusión o limitación que puedan aplicarse, comuníquese con el Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta, el cual figura en la sección sobre información general de este Plan.

Red para suministro extendido en días

Este Plan le permite comprar un suministro para 30 días de medicamentos de mantenimiento en cualquier farmacia al por menor. Un suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento se debe obtener en una farmacia al por menor de la red para suministro extendido en días o por medio del programa de órdenes por correo. Para obtener más información, comuníquese con el Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta.

Autorización previa

Ciertos Medicamentos con receta deben ser aprobados para que pueda entregarse el medicamento. Para obtener una lista actualizada de los medicamentos que requieren autorización previa, comuníquese con el Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta.

Entregar tal como se prescribe

Mediante el Plan, se exige que en las farmacias se proporcionen medicamentos genéricos cuando estén disponibles, a menos que el Médico indique específicamente un medicamento preferido o no preferido y aclare que debe “entregarse tal como se prescribe”. Cuando una Persona cubierta elija un medicamento preferido o no preferido en reemplazo de su equivalente genérico, cuando el médico indicó el despacho de dicho medicamento genérico, la Persona cubierta será responsable de la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el medicamento preferido o no preferido. La diferencia de costo no está cubierta por el Plan y no se acumulará para alcanzar el Desembolso máximo.

PrudentRx Solution para Medicamentos de especialidad

A fin de brindarle un programa integral y rentable de Medicamentos con receta para usted y su familia, su Empleador ha establecido un acuerdo para ofrecer PrudentRx Solution con determinados Medicamentos de especialidad. PrudentRx Solution ayuda a los miembros a inscribirse en programas de fabricantes que brindan asistencia para pagar los copagos. Consulte la *Lista de beneficios para medicamentos con receta* a fin de obtener una descripción completa de este programa.

Programa obligatorio de farmacias de especialidad

Los Medicamentos de especialidad autoadministrados que no requieren la supervisión directa de un Médico deben obtenerse directamente a través del programa de farmacias de especialidad. Para obtener más información, comuníquese con el Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta.

Para más detalles sobre los Medicamentos de especialidad que deban administrarse en el consultorio de un Médico, en un centro de infusión o en otro entorno clínico, o bien en el hogar de la Persona cubierta a través de un tercero, consulte la sección sobre beneficios médicos de este Plan. Los medicamentos que pueden autoadministrarse y que no requieren la supervisión directa de un Médico solo cumplen con los requisitos del Programa de Medicamentos con Receta.

Advanced Control Specialty Formulary

El *Formulario Advanced Control Specialty Formulary (ACSF)* propone un enfoque sumamente dinámico y presenta tendencias en el manejo de Medicamentos de especialidad. Es una guía que hace referencia a exclusiones al *Formulario*, al manejo de medicamentos nuevos en el mercado y a estrategias de división en niveles para garantizar la utilización médicamente adecuada y la rentabilidad de las terapias con Medicamentos de especialidad.

Programa de Acumulación Verdadera de CVS

Es posible que algunos Medicamentos de especialidad reúnan los requisitos para incluirse en programas de terceros para asistencia con el manejo de copagos, lo cual podría reducir los costos de desembolso de esos productos. Por los medicamentos de especialidad con los que se utilice la asistencia de copagos de terceros, no se le otorgará crédito alguno a la Persona cubierta para alcanzar el Desembolso máximo o deducible por cualquier monto de coseguro o copago aplicado al cupón o reintegro de un fabricante.

Programa Rx Smart Savings

El programa Rx Smart Savings trabaja con el Plan, su Médico y las farmacias para mejorar la calidad del cuidado e identificar posibles ahorros en la cobertura de Medicamentos con receta. Es posible que de vez en cuando lo contacte un representante del programa para hablar con usted sobre otras alternativas a los medicamentos recetados actualmente. La decisión de cambiarse a un Medicamento con receta diferente es suya y de su Médico.

Terapia escalonada

¿Qué es la Terapia escalonada?

Ciertas clases de Medicamentos con receta están sujetas a la Terapia escalonada. La Terapia escalonada es un tipo de autorización previa. En la mayoría de los casos, deberá probar primero un medicamento del *Formulario* (también llamado *Lista de medicamentos*) menos costoso y de eficacia comprobada en gran cantidad de personas. Luego de eso, podrá subir un “escalón” y recurrir a un medicamento más costoso. Esto puede implicar probar un Medicamento de marca similar y más económico. Los medicamentos más económicos de la primera fase se conocen como Medicamentos con receta de nivel 1. Tenga en cuenta que el *Formulario* puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Sin embargo, si ya probó el medicamento más económico y no funcionó, o si su Médico cree que es Medicamento necesario que recurra a un medicamento más costoso, este puede comunicarse con el Administrador del Plan para solicitar una excepción. Si se aprueba la solicitud del Médico, el Plan cubrirá el medicamento de mayor valor. Los medicamentos con receta más costosos se conocen como Medicamentos con receta de nivel 2.

La Terapia escalonada es un programa dirigido a las personas que toman Medicamentos con receta de forma regular para Enfermedades crónicas, como la artritis y la presión sanguínea alta.

En la Terapia escalonada, los medicamentos se agrupan en categorías según el costo:

- Medicamentos en la primera línea (nivel 1): Medicamentos genéricos que se ha comprobado que son seguros, eficaces y económicos. Estos medicamentos deben probarse primero porque pueden brindar el mismo beneficio de salud que los equivalentes más costosos, pero a un precio menor.
- Medicamentos de respaldo (niveles 2 y 3): Medicamentos de marca. Se trata de los medicamentos de marca de menor costo (nivel 2) y de los medicamentos de marca de mayor valor (nivel 3). Los medicamentos de respaldo suelen costar más que los medicamentos en la primera línea.

¿Cómo funciona la Terapia escalonada?

La próxima vez que el Médico emita una receta, pregúntele si es adecuado tomar un Medicamento genérico en la primera línea del Plan. Es muy lógico solicitar estos medicamentos primero porque, en la mayoría de las personas, son tan eficaces como los Medicamentos de marca y, casi siempre, cuestan menos.

Si la Persona cubierta ya probó un medicamento en la primera línea, o su Médico decide que uno de estos medicamentos no es adecuado, el Médico de la Persona cubierta puede indicar un medicamento de respaldo. La Persona cubierta debe preguntarle a su Médico si es adecuado alguno de los Medicamentos de marca de menor costo (nivel 2) que incluye el Plan. Recuerde que la Persona cubierta siempre puede obtener un Medicamento de marca de mayor valor por un copago más alto si las opciones en la primera línea o los medicamentos de respaldo de nivel 2 no son adecuados.

Si para el 1.º de abril de 2024, la Persona cubierta está utilizando un medicamento que requiere Terapia escalonada, puede continuar usando dicho medicamento. Si la Persona cubierta está tratando de obtener un medicamento por primera vez en seis meses, es posible que deba mantenerse en la primera línea un tiempo para poder tener acceso a medicamentos de la Terapia escalonada. Comuníquese con el Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta para obtener más información sobre la Terapia escalonada.

Un mal uso del programa de Terapia escalonada puede derivar en que la Persona cubierta deba pagar el costo total del medicamento.

Medicamento de marca: Se refiere a un medicamento que lleva un nombre comercial.

Medicamento genérico: Un Medicamento con receta que es equivalente al de marca y que tiene el mismo fin terapéutico y desintegración metabólica. Este Plan considera Medicamento genérico a cualquier producto farmacéutico genérico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y despachado de acuerdo con los estándares profesionales de un farmacéutico con licencia y, además, está claramente designado como genérico por el farmacéutico.

Medicamento no preferido: Cualquier Medicamento de marca que no figure en la lista de Medicamentos preferidos.

Medicamento preferido: Es una lista de Medicamentos de marca que ha sido desarrollada por un Comité de Farmacia y Terapéutica compuesto por Médicos, farmacéuticos y otros profesionales del cuidado de la salud. La lista de Medicamentos de marca está sujeta a revisiones y modificaciones periódicas, sobre la base de distintos factores, entre ellos, la disponibilidad de un Medicamento genérico, los cambios de la FDA y la información clínica. El Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta tendrá una lista de los Medicamentos preferidos disponibles.

Medicamento con receta: Cualquiera de los siguientes: (a) un medicamento aprobado por la FDA que, conforme a las leyes federales, debe llevar la siguiente leyenda: "Caution: federal law prohibits dispensing without prescription" (Precaución: la ley federal prohíbe su despacho sin receta); (b) insulina inyectable; o (c) agujas o jeringas hipodérmicas, pero solo cuando se despachan con receta escrita de un Médico con licencia. Dicho medicamento debe ser Medicamento necesario para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión.

Los **medicamentos preventivos** son aquellos que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos ha identificado como servicios preventivos. Para consultar las pautas establecidas por el HHS, visite el siguiente sitio web:

<https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>

Para obtener una lista de los medicamentos preventivos, comuníquese con el Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta, que figura en la página de información general de este Plan.

Medicamento de especialidad se refiere a esos Medicamentos con receta, medicinas, agentes, sustancias y otros productos terapéuticos que tienen una o más de los siguientes características particulares:

- (1) Abordan enfermedades complejas y crónicas que tienen varias comorbilidades asociadas (p.ej., cáncer, artritis reumatoide, hemofilia, esclerosis múltiple).
- (2) Requieren un mayor nivel de supervisión farmacéutica y control clínico para manejar los efectos secundarios y limitar los residuos.
- (3) Pueden tener una cadena de distribución farmacéutica limitada, según lo determine el fabricante del medicamento correspondiente.
- (4) Presentan gastos relativos.

COBERTURA DE CONTINUACIÓN CONFORME A LA COBRA

Es un derecho a cobertura de continuación creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985. La cobertura de continuación conforme a la COBRA puede estar disponible para usted o sus Dependientes que cumplan con los requisitos cuando su cobertura conforme al Plan finalice debido a un cambio en el estado civil o en la situación familiar conocido como “hecho condicionante”.

Beneficiario que reúne los requisitos

En general, usted, su Cónyuge y cualquier Hijo Dependiente cubiertos por el Plan el día anterior a un hecho condicionante que hace que usted pierda la cobertura del Plan se consideran “beneficiarios que reúnen los requisitos”.

Además, cualquier Hijo Dependiente suyo recién nacido o colocado en adopción con usted durante un período de cobertura de continuación conforme a la COBRA se considera un “beneficiario que reúne los requisitos”.

Cada beneficiario que reúne los requisitos (incluido un hijo natural recién nacido o colocado en adopción con usted durante un período de cobertura de continuación conforme a la COBRA) podrá elegir de forma independiente estar sujeto a la cobertura de continuación conforme a la COBRA.

Hecho condicionante

Si usted es un Empleado cubierto, usted, su Cónyuge o Hijos Dependientes pasarán a ser beneficiarios que reúnen los requisitos si pierden la cobertura según el Plan debido a alguno de los siguientes hechos condicionantes:

- (1) Se reducen las horas de trabajo.
- (2) Su empleo finaliza por una razón que no sea una mala conducta grave.

Usted, su Cónyuge o sus Hijos Dependientes pueden elegir continuar la cobertura conforme al Plan por hasta 18 meses, como máximo, siempre que elijan inscribirse en la cobertura conforme a la COBRA dentro de los 60 días posteriores a (a) la fecha en que la cobertura del Plan terminaría debido al hecho condicionante; o (b) la fecha en que les notifican sus derechos a elegir cobertura de continuación conforme a la COBRA, lo que ocurra después.

Usted, su Cónyuge e Hijos Dependientes tendrán el derecho independiente a elegir la cobertura de continuación conforme a la COBRA. Usted o su Cónyuge pueden elegir la cobertura en nombre de sus Cónyuges, y los padres pueden elegirla en nombre de sus hijos Dependientes.

Si usted es Cónyuge o Hijo Dependiente de un Empleado cubierto, pasará a ser beneficiario que reúne los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a alguno de los siguientes hechos condicionantes:

- (1) La muerte de su Cónyuge o padre, que era Empleado.
- (2) La adquisición de su Cónyuge o padre, que es Empleado, del derecho a recibir beneficios conforme a Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- (3) El divorcio o la separación legal de la pareja o de los padres.

Su Cónyuge o sus hijos Dependientes pueden elegir continuar la cobertura conforme al Plan por hasta 36 meses, como máximo, siempre que notifiquen el hecho condicionante al Empleador y elijan inscribirse en la cobertura conforme a la COBRA dentro de los 60 días posteriores a (a) la fecha en que terminaría la cobertura del Plan debido al hecho condicionante; o (b) la fecha en que les notifican sus derechos a elegir cobertura de continuación conforme a la COBRA y la obligación de informar su elección, lo que ocurra después. Consulte la sección “Requerimiento de notificación” que aparece más abajo para conocer los requisitos de dicho aviso.

Si usted es Hijo Dependiente de un Empleado cubierto, pasará a ser beneficiario que reúne los requisitos si pierde la cobertura según el Plan debido a que deja de cumplir con los requisitos de cobertura conforme al Plan como Hijo Dependiente. Puede elegir continuar la cobertura conforme al Plan por hasta 36 meses, como máximo, siempre que notifique el hecho condicionante al Empleador y elija inscribirse en la cobertura conforme a la COBRA dentro de los 60 días posteriores a (a) la fecha en que terminaría la cobertura del Plan debido al hecho condicionante; o (b) la fecha en que le notifican sus derechos a elegir cobertura de continuación conforme a la COBRA y la obligación de informar su elección, lo que ocurra después. Consulte la sección “Requerimiento de notificación” que aparece más abajo para conocer los requisitos de dicho aviso.

Extensión del período de 18 meses de cobertura de continuación

Si la Ley de Seguro Social (SSA) determina que usted, su Cónyuge o Hijo Dependiente sufren de una discapacidad, usted y el resto de los beneficiarios que reúnen los requisitos pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación conforme a la COBRA, por un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento anterior al día 61 de la cobertura de continuación conforme a la COBRA y debe durar, por lo menos, hasta la finalización del período de 18 meses de cobertura de continuación. Para cumplir con los requisitos de extensión de la cobertura, se debe notificar al Empleador en la fecha que cumpla con estas dos condiciones: que ocurra dentro de los 60 días posteriores a (a) la fecha de la determinación de la SSA; (b) la fecha en que finalizaría la cobertura conforme al Plan debido al hecho condicionante; (c) la fecha en que le notifican la obligación de informar su elección, lo que ocurra después y antes de que finalice el período inicial de 18 meses de cobertura. Si, más adelante, la SSA determina que usted no sufre de ninguna discapacidad, debe notificárselo a su Empleador dentro de los 30 días posteriores a (a) la fecha de la determinación de la SSA; o (b) la fecha en que le informan la obligación de brindar dicho aviso, lo que ocurra después. Consulte la sección “Requerimiento de notificación” que aparece más abajo para conocer los requisitos de dicho aviso.

Si su familia experimenta otro hecho condicionante durante los 18 meses en que reciben cobertura de continuación conforme a la COBRA, su Cónyuge y cualquier Hijo Dependiente del grupo familiar pueden tener derecho a obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación conforme a la COBRA, hasta un máximo de 36 meses. Para reunir los requisitos para esta extensión de la cobertura, se debe notificar al Empleador dentro de los 60 días posteriores a (a) la fecha en que finalizaría la cobertura conforme al Plan debido al hecho condicionante; o (b) la fecha en que le informan la obligación de brindar dicho aviso, lo que ocurra después. Consulte la sección “Requerimiento de notificación” que aparece más abajo para conocer los requisitos de dicho aviso.

Requerimiento de notificación

La notificación debe llevar un sello postal (si se envía por correo) o debe recibirla el administrador de la cobertura de continuación conforme a la COBRA (si se entrega en mano) dentro del plazo establecido más arriba. Si la notificación no llega a tiempo, se pierde la oportunidad de elegir o extender la cobertura de continuación conforme a la COBRA. Si elige la cobertura de continuación conforme a la COBRA, la cobertura conforme al Plan finalizará el último día en que usted cumple con los requisitos según los términos del Plan. Si usted cumple con los requisitos para una extensión de la cobertura de continuación conforme a la COBRA, dicha cobertura finalizará el último día del período inicial de 18 meses de cobertura de continuación conforme a la COBRA.

En cuanto a los hechos condicionantes, como el divorcio o la separación legal de Empleado y Cónyuge o el incumplimiento de los requisitos de un Hijo Dependiente conforme al Plan, la notificación debe incluir lo siguiente:

- (1) Nombre y dirección del ex empleado o Empleado con cobertura.
- (2) Nombre y dirección del Cónyuge, excónyuge y cualquier Hijo Dependiente.
- (3) Descripción del hecho condicionante.
- (4) Fecha del hecho condicionante.

Además de la información mencionada más arriba, si la SSA determina que usted, su Cónyuge o cualquier Hijo Dependiente sufren de una discapacidad dentro de los 60 días posteriores al comienzo de la cobertura de continuación conforme a la COBRA, la notificación debe incluir también lo siguiente:

- (1) Nombre de la persona que se considera discapacitada.
- (2) Fecha de determinación de la discapacidad.
- (3) Copia de la carta de determinación de la SSA.

Si no puede presentar una copia de la determinación de la SSA dentro del plazo establecido, complete y presente la notificación según lo indicado y luego envíe una copia de la sentencia de divorcio o de la determinación de la SSA dentro de los 30 días posteriores al plazo. Al hacer esto, se asegurará de que la notificación llegue a tiempo. Sin embargo, no habrá cobertura de continuación conforme a la COBRA, ni extensión de dicha cobertura, hasta que presente una copia de la determinación de la SSA.

Si la notificación no contiene toda la información requerida, el Administrador de la cobertura de continuación conforme a la COBRA puede solicitar información adicional. Si la persona no brinda dicha información dentro del plazo especificado en la solicitud, la notificación puede ser rechazada.

Además de aceptar una carta con la información descrita anteriormente, el Administrador del Plan, a su criterio, puede crear y poner a disposición una forma, la cual puede completarse luego para brindar la notificación requerida. Si dicha forma está disponible, un Empleado cubierto o un Cónyuge cubierto pueden obtener una copia. Deberán solicitársela al Administrador del Plan en la dirección que se brinda en este aviso.

Comuníquese con el Administrador de la continuación de cobertura conforme a la COBRA para informarse sobre la presentación de notificaciones:

Taxesaver
4925 Greenville Avenue, Suite 1300
Dallas, TX 75206
<https://www.taxesaverplan.com/about/cobra-administration/>

Terminación de la cobertura de continuación conforme a la COBRA

La cobertura de continuación conforme a la COBRA finaliza automáticamente 18, 29 o 36 meses después (el plazo que corresponda) de la fecha del hecho condicionante; sin embargo, la cobertura puede finalizar antes de que se termine el período máximo en las siguientes fechas, la que ocurra primero:

- (1) La fecha en que el Patrocinador del Plan deja de brindar cualquier cobertura de plan de salud de grupo.
- (2) La fecha en que el beneficiario que reúne los requisitos incumple con el pago de las contribuciones requeridas.
- (3) La fecha en que, luego de la elección, el beneficiario que reúne los requisitos ingresa por primera vez en la cobertura de cualquier otro plan de salud de grupo (ya sea como Empleado o de otro modo) o adquiere el derecho a recibir cobertura de Medicare Parte A o Parte B (lo que suceda primero).
- (4) El primer día del mes que comienza más de 30 días después de la fecha de la determinación de la SSA en la cual se establece que el beneficiario que reúne los requisitos ya no sufre de una discapacidad. En ningún caso, esta fecha será anterior a la finalización del período máximo de cobertura que se aplicó sin tener en cuenta la extensión por discapacidad.

Pago de la cobertura de continuación conforme a la COBRA

Una vez que se elige la cobertura de continuación conforme a la COBRA, usted debe pagar el costo del período inicial de cobertura dentro de los 45 días. Para mantener la continuación de la cobertura cada mes, los pagos se deben efectuar, a más tardar, el primer día del mes. Si no se recibe un pago dentro de los 30 días de la fecha de vencimiento, se cancelará la cobertura de continuación conforme a la COBRA y no se restablecerá. El monto que debe pagar por la cobertura de continuación conforme a la COBRA es el 102 % del costo real de la cobertura que elija, a menos que reúna los requisitos para el período de 11 meses de cobertura extendida debido a una discapacidad (según lo especificado anteriormente). En caso de discapacidad, se le puede solicitar que pague hasta el 150 % del costo real de la cobertura que elija por el período de extensión de 11 meses.

Información adicional

Puede solicitarle información adicional sobre el Plan y la cobertura de continuación conforme a la COBRA al Administrador del Plan, según figura en la página de información general de este Plan.

Domicilios actuales

A fin de proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan sobre cualquier cambio de domicilio de los miembros de la familia.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS

Recibirá una tarjeta de identificación de Empleado, en la cual encontrará información importante, como datos de contacto y direcciones para la presentación de reclamos.

Cuando le brinden determinado tratamiento, deberá mostrar su tarjeta de identificación de Empleado al proveedor del servicio. En la mayoría de los casos, su proveedor presentará el reclamo por usted. También puede hacerlo usted mismo. Para ello, envíe la información que se solicita a la siguiente dirección:

Meritain Health, Inc.
P.O. Box 853921
Richardson, TX 75085-3921
(800) 925-2272

La mayoría de los reclamos conforme al Plan serán posteriores al servicio. Un reclamo posterior al servicio exige un beneficio conforme al Plan luego de la prestación de los servicios. Para que se consideren reclamos presentados al Plan, estos deben incluir la siguiente información:

- (1) La fecha del servicio.
- (2) El nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de identificación fiscal del proveedor de los servicios o suministros.
- (3) El lugar donde se brindaron los servicios.
- (4) Los códigos de diagnóstico y procedimiento.
- (5) El monto de los cargos (incluida información de modificación de precios de la Red).
- (6) El nombre del Plan.
- (7) El nombre del Empleado cubierto.
- (8) El nombre del paciente.

Una llamada de un proveedor que desea saber si una persona está cubierta por el Plan o si determinado procedimiento o tratamiento es un Gasto cubierto antes de brindar el servicio no es un reclamo, ya que no se presentó un reclamo real por escrito para recibir beneficios del Plan. Del mismo modo, la presentación de una receta en una farmacia no constituye reclamo.

Presentación en tiempo y forma

Todos los reclamos deben presentarse al Administrador externo dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que se brindaron los servicios. Se rechazarán los reclamos presentados después de este plazo.

Procedimientos para todos los reclamos

Los procedimientos de reclamos del Plan tienen como fin reflejar las reglamentaciones de procedimientos de reclamos del Departamento de Trabajo y deben interpretarse consecuentemente. Si surge algún conflicto entre este Plan y dichas reglamentaciones, regirán estas últimas. Asimismo, se considerará que los cambios en dichas reglamentaciones modificarán este Plan automáticamente en la fecha en que comiencen.

Para recibir beneficios del Plan, el reclamante (es decir, usted y sus Dependientes cubiertos) deben seguir todos los procedimientos detallados en esta sección. Existen cuatro tipos diferentes de reclamos: (1) Reclamos por cuidado de urgencia; (2) Reclamos de cuidado concurrente; (3) Reclamos anteriores al servicio; y (4) Reclamos posteriores al servicio. A continuación, se describen en más detalle los procedimientos para cada tipo de reclamo:

- (1) **Reclamos por cuidado de urgencia.** Si su reclamo se considera un reclamo por cuidado de urgencia, el Administrador del Plan le notificará la determinación de beneficios del Plan (sea adversa o no) lo antes posible teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero antes de las 72 horas posteriores a que el Plan reciba el reclamo, a menos que usted no presente suficiente información para determinar si los beneficios están cubiertos o son pagaderos conforme al Plan. Si no presenta suficiente información para que el Plan tome una decisión con respecto al reclamo, el Administrador del Plan le notificará cuál es la información que se necesita para completar el reclamo con la mayor rapidez posible, antes de las 24 horas de recibido el reclamo. La notificación puede ser oral, a menos que usted solicite un aviso por escrito. Teniendo en cuenta las circunstancias, tendrá una cantidad razonable de tiempo (pero no menos de 48 horas) para presentar la información especificada.

El Administrador del Plan le notificará la determinación del Plan lo antes posible, pero, en ningún caso, después de las 48 horas posteriores a (1) la recepción del Plan de la información adicional especificada o (2) a la finalización del período otorgado al reclamante para brindar la información adicional especificada.

Un reclamo de beneficios se considera un reclamo por cuidado de urgencia si la aplicación de los períodos para tomar una determinación de cuidado que no es de urgencia podría poner en grave peligro su vida, su salud, su capacidad para recuperar al máximo el funcionamiento o, a criterio de un Médico con conocimiento de su Enfermedad, lo sometería a un fuerte dolor que no podría ser controlado adecuadamente sin el cuidado o el tratamiento que son motivo del reclamo. Al evaluarse si el reclamo inicial de beneficios debe ser tratado como un reclamo por cuidado de urgencia, el Plan deberá aceptar la determinación, si la hubiera, del proveedor tratante con respecto a la condición de reclamo por cuidado de urgencia, siempre y cuando se brinde la determinación al Plan en tiempo y forma.

- (2) **Reclamos de cuidado concurrente.** Si el Plan ha aprobado un tratamiento de cuidado de salud en curso para ser brindado durante cierta cantidad de tiempo o tratamientos, cualquier reducción o terminación que decida el Plan con respecto al tratamiento ya aprobado (que no sea por una enmienda o terminación del Plan) antes de la cantidad aprobada de tiempo o tratamientos constituye una determinación adversa. En dicho caso, el Administrador del Plan le notificará la determinación adversa con suficiente anticipación a la reducción o terminación, para permitirle a usted, el reclamante, apelar y obtener una determinación en revisión de la determinación adversa antes de la reducción o terminación del beneficio.

Cualquier solicitud que presente para extender un tratamiento de cuidado de urgencia aprobado previamente más allá de la cantidad de tiempo o tratamientos ya otorgada se resolverá lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, y el Administrador del Plan le notificará a usted la determinación de beneficios, sea adversa o no, dentro de las 24 horas posteriores a que el Plan reciba el reclamo, siempre y cuando el reclamo se presente al Plan como mínimo 24 horas antes del vencimiento de la cantidad indicada de tiempo o tratamientos.

- (3) **Reclamos previos al servicio.** En el caso de un reclamo previo al servicio, el Administrador del Plan le notificará la determinación de beneficios del Plan (sea adversa o no) dentro de un período de tiempo razonable, adecuado según las circunstancias médicas, pero antes de los 15 días posteriores a que el Plan reciba el reclamo. Si, debido a motivos que escapan al control del Plan, el Administrador del Plan necesita tiempo adicional para procesar un reclamo, el Administrador del Plan puede extender el plazo para notificarle la determinación de beneficios del Plan hasta 15 días, siempre que el Administrador del Plan le notifique dentro de los 15 días posteriores a la recepción del reclamo por parte del Plan las circunstancias especiales y la fecha en que el Administrador del Plan espera tomar la decisión. No obstante, si dicha extensión se requiere porque usted no presentó la información necesaria para que se decida sobre el reclamo, la notificación de la extensión debe describir específicamente la información que se precisa, y usted contará con un mínimo de 45 días a partir de la recepción de la notificación para suministrar la información especificada.

Un reclamo de beneficios se considera un reclamo previo al servicio si se requiere aprobación, parcial o total, por adelantado para que se brinde el cuidado de salud en cuestión.

- (4) **Reclamos posteriores al servicio.** En el caso de un reclamo posterior al servicio, el Administrador del Plan le notificará la determinación adversa dentro de un período razonable, antes de que transcurran 30 días desde la fecha en que se recibió el reclamo. Si, debido a circunstancias especiales, el Administrador del Plan necesita tiempo adicional para procesar un reclamo, este puede extender el plazo para notificarle la determinación de beneficios del Plan, por única vez, hasta 15 días, siempre que el Administrador del Plan le notifique dentro de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo cuáles son las circunstancias especiales y la fecha en que el revisor espera tomar una decisión. Sin embargo, si dicha decisión se requiere porque usted no presentó la información necesaria para decidir sobre el reclamo, la notificación de extensión describirá específicamente la información que se precisa, y usted contará con un mínimo de 45 días a partir de la recepción de la notificación para suministrar la información especificada.

Un reclamo de beneficios se considera un reclamo posterior al servicio si es una solicitud de pago de servicios u otros beneficios que usted ya recibió (o cualquier otro reclamo por beneficios de salud que no es un reclamo previo al servicio o por cuidado de urgencia).

Forma y contenido de la notificación de la determinación adversa inicial

Si el Administrador del Plan rechaza un reclamo, debe comunicárselo por escrito o por formato electrónico. La comunicación incluirá lo siguiente:

- (1) Una explicación de los motivos específicos para el rechazo.
- (2) Una referencia a la disposición del Plan o del contrato de seguro sobre la que se basó el rechazo.
- (3) Una descripción de cualquier información o material adicionales que usted debe suministrar para completar el reclamo.
- (4) Una explicación de por qué se necesitan la información o el material adicionales.
- (5) El aviso de que usted tiene derecho a solicitar una revisión de la denegación del reclamo e información sobre los pasos que debe seguir si desea solicitar una revisión de la denegación, junto con los plazos correspondientes para una solicitud de revisión.
- (6) Una declaración que describa su derecho a solicitar una revisión externa (o, si corresponde, una apelación de segundo nivel). O bien, si es posible, interponer acciones conforme a la sección 502(a) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados.
- (7) Una copia de cualquier regla, pauta, protocolo u otro criterio similar que se haya utilizado para tomar la determinación adversa (o una declaración de que la copia se proporcionará sin cargo si la solicita).
- (8) Si la determinación adversa se basa en la Necesidad médica del Plan o en un límite o exclusión sobre tratamientos Experimentales o algo similar, la notificación tendrá esta información: (a) una explicación de los criterios científicos o clínicos por los cuales se aplica una exclusión o limitación a sus circunstancias médicas o (b) una declaración que informe que se proporcionará una explicación sin cargo cuando se la solicite.

Cualquier notificación de una determinación adversa también incluirá la siguiente información:

- (1) Información suficiente para identificar el reclamo en cuestión, incluida la fecha de servicio, el proveedor del cuidado de la salud y el monto del reclamo (si corresponde).
- (2) Como parte de la explicación de la determinación, un análisis de la decisión, así como la divulgación de cualquier código de rechazo utilizado (y una explicación de su significado) y una descripción de la norma del Plan, si la hubiera, que se utilizó en el rechazo del reclamo.
- (3) Una descripción de los procesos de apelación interna y de revisión externa disponibles, incluida la información sobre cómo iniciar una apelación.
- (4) Información (incluida información de contacto) sobre la disponibilidad de cualquier oficina correspondiente de asistencia al consumidor de seguros de salud o del defensor del pueblo establecido de acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible para ayudar a las personas a llevar a cabo los procesos de reclamos y apelaciones internos y revisiones externas.
- (5) Una declaración que detalle la disponibilidad, cuando se la solicite, de cualquier código de diagnóstico correspondiente (y una explicación de su significado) y cualquier código de tratamiento correspondiente (y una explicación de su significado).

Para una determinación adversa relacionada con un reclamo por cuidado de urgencia, la información descrita en esta sección puede estar disponible para usted en forma oral dentro de los plazos permitidos, siempre que se provea una notificación por escrito o de forma electrónica de acuerdo con esta sección antes de los tres días a partir de la notificación oral.

Revisión interna de una determinación adversa inicial de beneficios

Si presenta un reclamo de beneficios del Plan, y este se rechaza en una primera instancia conforme a los procedimientos descritos anteriormente, usted puede solicitar una revisión de ese rechazo de acuerdo con los procedimientos detallados a continuación.

Tiene 180 días a partir de la fecha en que recibe el aviso de la determinación adversa inicial para solicitar una revisión de esta. Para acceder a una apelación de segundo nivel, tiene 60 días a partir de recibir la notificación de una determinación adversa en el primer nivel de apelación para solicitar una apelación de segundo nivel de dicha determinación.

Si solicita una revisión de una determinación adversa dentro del plazo correspondiente, la revisión deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- (1) El Plan llevará a cabo una revisión, la cual no aceptará la determinación adversa que se está apelando y estará a cargo de un fiduciario del Plan debidamente designado. Este revisor no será quien tomó la determinación adversa objeto de la apelación ni tampoco estará subordinado a la persona responsable de dicha determinación.
- (2) Antes de tomar una decisión sobre la revisión de cualquier determinación adversa basada, en forma total o parcial, en una opinión médica (incluidas las determinaciones respecto de si un tratamiento, medicamento u otro elemento en particular es Experimental o está en Investigación, o si es o no Medicamento necesario y apropiado), el fiduciario del Plan debidamente designado consultará con un profesional del cuidado de la salud con la experiencia y capacitación adecuadas en la rama de la medicina que corresponda. El profesional involucrado con el fin de participar en la consulta anteriormente descrita será una persona que no es el individuo consultado en relación con la determinación adversa objeto de la apelación ni es subordinado de ninguna persona con tales características.
- (3) El Plan identificará cualquier experto médico o vocacional cuyo consejo se obtenga en nombre del Plan en relación con la revisión que lleva a cabo el Plan de la determinación adversa, sin considerar si el consejo se tomó en cuenta al tomar la determinación adversa en revisión.
- (4) Cuando se solicite una revisión de una determinación adversa que involucre un reclamo por cuidado de urgencia, el proceso de revisión cumplirá con los plazos acelerados descritos más abajo. Puede presentar una solicitud de revisión urgente, ya sea en forma oral o por escrito; y toda la información necesaria, incluida la determinación del Plan en revisión, se transmitirá entre usted y el Plan por teléfono, fax u otro medio disponible igual de expeditivo.
- (5) El revisor le brindará una oportunidad de revisar y recibir, sin cargo, todos los documentos, la información y los registros relacionados con el reclamo. También podrá presentar al Plan inquietudes y comentarios relacionados con el reclamo por escrito. El revisor tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información que el reclamante ha presentado en relación con el reclamo, independientemente de si la información se presentó o consideró en la determinación de beneficios inicial.
- (6) Se le suministrará, sin cargo, cualquier prueba o fundamento nuevos o adicionales que el Plan haya tenido en cuenta, considerado o generado en relación con el reclamo. Dichas pruebas o fundamentos se le suministrarán lo antes posible y con suficiente anticipación al plazo del Plan para brindar la notificación de su determinación en revisión, lo que le ofrecerá una oportunidad razonable para responder antes de dicha determinación.
- (7) El Plan se asegurará de que todos los reclamos se adjudiquen de tal manera que permitan garantizar la independencia e imparcialidad de las personas involucradas en el proceso de toma de decisiones.
- (8) El Plan le brindará cobertura continuada mientras se espera el resultado de la apelación interna.

Todas las solicitudes de revisión de determinaciones adversas iniciales de beneficios (incluida toda la información pertinente) deben enviarse a la siguiente dirección:

Meritain Health, Inc.
Appeals Department
P.O. Box 660908
Dallas, TX 75266-0908

Plazo para una revisión interna de una determinación adversa inicial de beneficios

- (1) Reclamos por cuidado de urgencia. El Plan ofrece dos niveles de apelación para los reclamos de cuidado de urgencia. En cada nivel de apelación, el revisor lo notificará de la determinación en revisión del Plan tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero nunca luego de las 36 horas posteriores a que el Plan reciba la solicitud de revisión de una determinación adversa inicial (o de una determinación adversa en el primer nivel de apelación).
- (2) Reclamos previos al servicio. El Plan ofrece dos niveles de apelación para los reclamos previos al servicio. En cada nivel de apelación, el revisor lo notificará de la determinación en revisión del Plan en un plazo razonable y apropiado según las circunstancias médicas, pero nunca luego de los 15 días posteriores a que el Plan reciba la solicitud de revisión de una determinación adversa inicial (o de una determinación adversa en el primer nivel de apelación).
- (3) Reclamos posteriores al servicio. El Plan ofrece dos niveles de apelación para los reclamos posteriores al servicio. En cada nivel de apelación, el revisor lo notificará de la determinación en revisión del Plan en un plazo razonable y apropiado según las circunstancias médicas, pero nunca luego de los 30 días posteriores a que el Plan reciba la solicitud de revisión de una determinación adversa inicial (o de una determinación adversa en el primer nivel de apelación).

Forma y contenido de la notificación de la decisión sobre la revisión interna de la determinación adversa inicial de beneficios

Cuando finalice la revisión de una determinación adversa inicial (o una determinación adversa en el primer nivel de apelación), el revisor le proveerá, por escrito o en formato electrónico, una notificación de la determinación de beneficios. En el caso de una determinación adversa, la notificación incluirá lo siguiente:

- (1) Una descripción de la decisión del Plan.
- (2) Los motivos específicos de la decisión.
- (3) Las disposiciones pertinentes del Plan o del contrato de seguro en las cuales se basó la decisión.
- (4) Una declaración según la cual se le brindará, de manera gratuita y siempre que usted lo solicite, acceso razonable a todos los documentos, registros y demás información incluidos en los archivos del Plan pertinentes para su reclamo, así como a las copias de cualquiera de estos.
- (5) Una declaración que describa su derecho a solicitar una revisión externa (o, si corresponde, una apelación de segundo nivel). O bien, si es posible, interponer acciones conforme a la sección 502(a) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados.
- (6) Si, para tomar la determinación adversa en revisión, se utilizó una regla, pauta o protocolo internos, u otro criterio similar, una declaración de que se le suministrará, sin cargo y si la solicita, la copia de la regla, pauta o protocolo, u otro criterio similar.
- (7) Si la determinación adversa en revisión se basa en la Necesidad médica o en un límite o exclusión sobre tratamientos Experimentales o algo similar, la notificación tendrá esta información: (a) una explicación de los criterios científicos o clínicos sobre los cuales se basó la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del reclamante o (b) una declaración que informe que se proporcionará una explicación sin cargo cuando se la solicite.
- (8) La siguiente declaración: "Usted y el Plan pueden tener otras opciones alternativas y voluntarias para resolver una disputa, por ejemplo, una mediación. Una manera de averiguar qué opción está disponible es contactándose con el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y, si su beneficio es un beneficio asegurado, con la agencia que se encarga de regular los seguros de su estado".

Cualquier notificación de una determinación adversa incluirá la siguiente información:

- (1) Información suficiente para identificar el reclamo en cuestión, incluida la fecha de servicio, el proveedor del cuidado de la salud y el monto del reclamo (si corresponde).
- (2) Como parte de la explicación de la determinación, un análisis de la decisión, así como la divulgación de cualquier código de rechazo utilizado (y una explicación de su significado) y una descripción de la norma del Plan, si la hubiera, que se utilizó en el rechazo del reclamo.

- (3) Una descripción de los procesos de apelación interna y de revisión externa disponibles, incluida la información sobre cómo iniciar una apelación.
- (4) Información (incluida información de contacto) sobre la disponibilidad de cualquier oficina correspondiente de asistencia al consumidor de seguros de salud o del defensor del pueblo establecido de acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible para ayudar a las personas a llevar a cabo los procesos de reclamos y apelaciones internos y revisiones externas.
- (5) Una declaración que detalle la disponibilidad, cuando se la solicite, de cualquier código de diagnóstico correspondiente (y una explicación de su significado) y cualquier código de tratamiento correspondiente (y una explicación de su significado).

Cálculo de los plazos

A los efectos de los plazos descritos en los procedimientos de reclamos del Plan, el plazo durante el cual se requiere que se tome una determinación de beneficios comienza en el momento en que se presenta un reclamo (o una solicitud de revisión de una determinación adversa de beneficios) de acuerdo con los procedimientos del Plan sin considerar si toda la información necesaria para tomar una decisión acompaña la solicitud o no. Si el plazo se extiende debido a que usted no presenta toda la información necesaria para un reclamo de beneficios que no es por cuidado de urgencia, el plazo para tomar la determinación “se congela” desde la fecha en que se le envía la notificación sobre la solicitud de información adicional hasta la fecha en que usted responde o, si es en una fecha anterior, hasta transcurridos los 45 días posteriores a la fecha en que recibe (o se espera razonablemente que reciba) la notificación sobre la solicitud de información adicional.

Determinación adversa

A los efectos de los procedimientos de reclamos del Plan, una determinación adversa es un rechazo, reducción o terminación de un beneficio, o la falta o no facilitación de un pago (total o parcial) de un beneficio. Esto incluye cualquier rechazo, reducción, terminación, falta o no facilitación de un pago basados en una determinación del cumplimiento de los requisitos de una persona para participar en el Plan. Incluye también un rechazo, reducción, terminación, falta o no facilitación de un pago (total o parcial) de un beneficio resultante de la aplicación de cualquier revisión de utilización, así como la decisión de no brindar cobertura para un artículo o servicio para los cuales se brindarían beneficios de otro modo debido a que se determina que son Experimentales o están en Investigación o que no son Médicamente necesarios o adecuados. La determinación adversa también incluye cualquier rescisión de la cobertura, independientemente de que produzca o no un efecto adverso en un beneficio en particular en el momento de la rescisión.

Incapacidad del Plan de seguir los procedimientos

Si el Plan no sigue los procedimientos de reclamos antes descritos, se considerará que usted ha agotado los procedimientos de reclamos internos del Plan y tendrá derecho a interponer cualquier recurso a su alcance (incluido cualquier proceso de revisión externa disponible) conforme a una ley estatal o federal con el argumento de que el Plan no ha brindado un procedimiento razonable de reclamos que permita tomar una decisión con respecto al reclamo.

Sin embargo, no se considerará que el Plan no está siguiendo sus procedimientos de reclamos, y tampoco se considerará que usted ha agotado los recursos administrativos del Plan, únicamente debido a una falta del Plan que se consideraría (según las reglamentaciones correspondientes) una infracción de menor importancia, que no le causa ni tiene probabilidades de causarle a usted un daño o perjuicio, siempre que el Plan pueda demostrar que la infracción fue debido a una buena causa o a motivos que escapan al control del Plan y que la infracción tuvo lugar en el contexto de un intercambio de información en curso y de buena fe entre el Plan y usted. Usted puede solicitar una explicación por escrito de cualquier infracción de estos procedimientos cometida por el Plan. Si usted solicita dicha explicación, el Plan se la proporcionará dentro de los 10 días posteriores a la solicitud. Si corresponde, la explicación incluirá una descripción específica de los motivos del Plan para afirmar que la infracción no hace que se agoten los procedimientos de reclamos internos del Plan. Si un tribunal o revisor externo rechazan su solicitud de revisión inmediata (afirmando que usted debe agotar los procedimientos de reclamos internos del Plan), porque el tribunal o el revisor externo determinan que corresponde la excepción de infracción de menor importancia, el Plan le brindará una notificación sobre su derecho a volver a presentar una apelación interna en un plazo razonable (a más tardar 10 días) luego de que el tribunal o el revisor externo tomen dicha determinación. Cualquier plazo límite aplicable para que vuelva a presentar el reclamo comenzará a computarse a partir del momento en que recibe la notificación del Plan.

Revisión externa de determinaciones adversas de beneficios

Si ha agotado el proceso de apelación interna del Plan (o si cumple con los requisitos para solicitar una revisión externa por cualquier otro motivo conforme a los procedimientos anteriores), usted puede solicitar una revisión externa de la determinación adversa final del Plan para ciertos reclamos de beneficios de salud.

El Plan permitirá el proceso de revisión externa de acuerdo con la ley federal.

Tenga en cuenta que el proceso de revisión externa federal (incluidos los procesos de revisión externa urgente descritos más adelante en estos procedimientos) no está disponible para todas las determinaciones adversas internas. Específicamente, la revisión externa federal no está disponible para revisar una determinación adversa interna que está basada en una decisión que plantea que un reclamante no cumple con los requisitos conforme a los términos del Plan. Asimismo, el proceso de revisión externa federal está disponible solo para lo siguiente:

- (1) Una determinación adversa que implique una opinión médica (incluidas, entre otros, las determinaciones basadas en los requisitos del Plan de Necesidad médica, conveniencia, entorno de cuidado de salud, nivel de cuidado o eficacia de un beneficio cubierto o la determinación del Plan de que un tratamiento es Experimental o está en Investigación), según lo determine el revisor externo.
- (2) Una rescisión de la cobertura.
- (3) Una determinación adversa para Facturas inesperadas (facturas médicas y de servicios de ambulancia aérea), incluido definir si una determinación adversa está sujeta a estipulaciones sobre Facturas inesperadas.

Por cualquier determinación adversa para la cual está disponible la revisión externa, los requisitos de revisión externa federal son los siguientes:

- (1) Usted tiene cuatro meses, a partir de la fecha en que recibe la determinación adversa interna final del Plan, para solicitar una revisión externa. La solicitud de revisión externa debe enviarse a la siguiente dirección:

Meritain Health, Inc.
Appeals Department
P.O. Box 660908
Dallas, TX 75266-0908

- (2) Dentro de los cinco días hábiles a partir de la fecha en que el Plan recibe la solicitud de revisión externa, el Plan completará una revisión preliminar. El Plan le notificará por escrito en un lapso de un día hábil después de que se complete la revisión preliminar si el reclamo cumple con los requisitos para el proceso de revisión externa:
 - (a) Si la solicitud está completa, pero el reclamo no cumple con los requisitos para una revisión externa, en la notificación le explicarán los motivos por los cuales se considera que su solicitud no cumple con los requisitos. También se le brindará información de contacto de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado.
 - (b) Si la solicitud no está completa, en la notificación le explicarán qué materiales o información se necesitan para completar la solicitud. Si la solicitud no está completa y se necesitan materiales o información adicionales para completar la revisión preliminar, usted tendrá (i) 48 horas a partir de la fecha en que recibe la notificación o (ii) hasta la finalización del plazo de cuatro meses descrito en el punto (1) más arriba para suministrar los materiales o la información adicionales necesarios, lo que ocurra después.
- (3) Luego de la revisión preliminar del Plan, siempre que la solicitud cumpla con los requisitos para la revisión externa, el Plan asignará una organización de revisión independiente (IRO) (tan pronto como sea administrativamente factible) para que tome una determinación sobre la solicitud de una revisión externa. Dentro de los cinco días hábiles posteriores a la designación de la IRO, el Plan le enviará a la IRO toda la información y los materiales pertinentes a la determinación adversa interna final.
- (4) La IRO designada le notificará por escrito (dentro de un plazo razonable) el cumplimiento de los requisitos y la aprobación de la solicitud para la revisión externa. En la notificación, le explicarán su derecho a presentar cualquier información adicional, dentro de los diez días hábiles posteriores a la fecha en que recibe la notificación, para que la IRO la incluya en su proceso de revisión externa. Cualquier información adicional que reciba la IRO será enviada al Plan y compartida con este. El Plan, sobre la base de la nueva información recibida, puede volver a considerar su determinación adversa interna final. La reconsideración del Plan no demorará el proceso de revisión externa. Si el Plan no reconsidera su determinación adversa de beneficios final interna, la IRO continuará con el proceso de revisión externa.

- (5) La IRO debe enviarles a usted y al Plan una notificación por escrito de su determinación de revisión externa dentro de los 45 días de haber recibido la solicitud de revisión externa del Plan. La notificación de la IRO debe contener lo siguiente:
- (a) Una descripción general del motivo por el cual se solicita la revisión externa, incluida la información suficiente para identificar el reclamo, el código de diagnóstico y el código de tratamiento, y el significado correspondiente de cada uno y el motivo del rechazo previo.
 - (b) La fecha en que la IRO recibió la designación para llevar a cabo la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO.
 - (c) Referencias a las pruebas o la documentación, incluidas disposiciones con respecto a la cobertura y normas basadas en pruebas, que se han tenido en cuenta para tomar la decisión.
 - (d) Un análisis de los motivos principales de la decisión, incluidos los fundamentos y cualquier norma basada en pruebas utilizados para tomar la decisión.
 - (e) Una declaración que explique el carácter obligatorio de la determinación, a no ser que haya disponibles otros recursos conforme a alguna ley estatal o federal para el plan de salud de grupo o para usted.
 - (f) Una declaración que informe la disponibilidad de una revisión judicial.
 - (g) Información de contacto actualizada, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina correspondiente de asistencia para consumidores de seguros de salud o el defensor del pueblo establecido conforme a la sección 2793 de la Ley de Servicios de Salud Pública.

Revisión externa urgente

Usted puede solicitar una revisión urgente si ha recibido lo siguiente:

- (1) Una determinación adversa interna inicial, si la determinación adversa implica una enfermedad para la cual el plazo para completar una apelación interna urgente conforme a los procedimientos de reclamos internos del Plan pondría en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar al máximo el funcionamiento, y si ha presentado una solicitud de apelación interna urgente.
- (2) Una determinación adversa interna final, si tiene una enfermedad por la cual el plazo para completar una revisión externa estándar pondría en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar al máximo el funcionamiento; o bien recibe una determinación adversa interna final que se refiere al ingreso, la disponibilidad del cuidado, la continuación de la internación o un servicio o artículo de cuidado de salud para los cuales usted recibió Servicios de emergencia, pero aún no ha obtenido el alta del centro.

Se aplican los siguientes requisitos a una revisión externa urgente:

- (1) Inmediatamente después de la fecha en que el Plan recibe la solicitud de revisión externa, el Plan completará una revisión preliminar. El Plan le notificará por escrito, inmediatamente después de haber completado la revisión preliminar, si la solicitud cumple con los requisitos para el proceso de revisión externa.
 - (a) Si la solicitud está completa, pero el reclamo no cumple con los requisitos para una revisión externa, en la notificación le explicarán los motivos. También le brindarán información de contacto de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado.
 - (b) Si la solicitud no está completa, en la notificación figurará qué materiales o información se necesitan para completar la solicitud. Si la solicitud no está completa y se necesitan materiales o información adicionales para completar la revisión preliminar, usted tendrá (i) 48 horas a partir de la fecha en que recibe la notificación o (ii) hasta la finalización del plazo de cuatro meses descrito en el punto (1) más arriba para suministrar los materiales o la información adicionales necesarios, lo que ocurra después.
- (2) Luego de la revisión preliminar del Plan, siempre que la solicitud cumpla con los requisitos para la revisión externa, el Plan asignará una organización de revisión independiente (IRO) para que tome una determinación sobre la solicitud de una revisión externa. Sin demora, el Plan le enviará a la IRO a través de cualquier medio expeditivo (p. ej., teléfono, fax, etc.) toda la información y los materiales pertinentes a la determinación adversa interna final.

- (3) La IRO debe proporcionarles al reclamante y al Plan (ya sea en forma oral o por escrito) una notificación con la rapidez que la afección o circunstancia médicas del reclamante requieran y antes de las 72 horas posteriores a la fecha en que la IRO recibe la solicitud de revisión externa urgente del Plan. Si la notificación no se realiza por escrito, la IRO designada deberá enviarles una notificación por escrito a usted y al Plan a modo de confirmación de la decisión dentro de las 48 horas posteriores a la fecha en que se realiza dicha notificación. La notificación de la IRO debe contener lo siguiente:
- (a) Una descripción general del motivo por el cual se solicita la revisión externa, incluida la información suficiente para identificar el reclamo, el código de diagnóstico y el código de tratamiento, y el significado correspondiente de cada uno y el motivo del rechazo previo.
 - (b) La fecha en que la IRO recibió la designación para llevar a cabo la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO.
 - (c) Referencias a las pruebas o la documentación, incluidas disposiciones con respecto a la cobertura y normas basadas en pruebas, que se han tenido en cuenta para tomar la decisión.
 - (d) Un análisis de los motivos principales de la decisión, incluidos los fundamentos y cualquier norma basada en pruebas utilizados para tomar la decisión.
 - (e) Una declaración que explique el carácter obligatorio de la determinación, a no ser que haya disponibles otros recursos conforme a alguna ley estatal o federal para el plan de salud de grupo o para usted.
 - (f) Una declaración que informe la disponibilidad de una revisión judicial.
 - (g) Información de contacto actualizada, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina correspondiente de asistencia para consumidores de seguros de salud o el defensor del pueblo establecido conforme a la sección 2793 de la Ley de Servicios de Salud Pública.

Efecto de la determinación de revisión externa

Una determinación de revisión externa es de carácter obligatorio para el Plan y el reclamante, a no ser que haya otros recursos disponibles conforme a leyes estatales o federales. Sin embargo, una decisión del revisor externo no impide que el Plan realice un pago o brinde beneficios respecto de un reclamo en cualquier momento, incluso luego de una decisión de rechazar el reclamo. Cuando una decisión de revisión externa requiera que el Plan brinde beneficios o realice un pago respecto de un reclamo, el Plan brindará los beneficios o efectuará el pago de acuerdo con la decisión sin demoras injustificadas, independientemente de si el Plan tiene la intención de solicitar la revisión judicial de la decisión, a menos que haya una decisión judicial que lo disponga de otra manera.

Estatuto de limitaciones para reclamos del Plan

No se iniciará ninguna acción conforme a derecho o equidad en un intento de recuperación del Plan antes de que se venza el plazo de 60 días a partir de la presentación de la prueba de pérdida conforme a los requisitos del Plan; tampoco se iniciará acción alguna, a menos que sea dentro de los tres años a partir del vencimiento del plazo para presentar prueba de pérdida según lo exigido por el Plan.

Designación de representante autorizado

Una Persona cubierta puede designar a un representante autorizado para que actúe en su nombre respecto de un reclamo de beneficios o de una apelación de un rechazo. La asignación de beneficios que realiza una Persona cubierta a un proveedor no constituye una designación de ese proveedor como representante autorizado. Para designar a un representante, la Persona cubierta debe completar una forma, la cual se puede solicitar al Administrador del Plan o al Administrador externo. Sin embargo, si se trata de un reclamo por cuidado de urgencia o por servicios prestados por un Proveedor participante, el Plan le permitirá a un profesional del cuidado de la salud con conocimiento de la afección médica de la Persona cubierta que actúe como el representante autorizado de esta sin necesidad de completar esta forma. Si la Persona cubierta designa a un representante autorizado, todas las futuras comunicaciones emitidas por Plan se enviarán al representante, en vez de a la Persona cubierta, a menos que esta indique por escrito lo contrario al Administrador del Plan.

Exámenes físicos

El Plan se reserva el derecho de solicitarle a un Médico escogido por el Plan que examine a cualquier Persona cubierta cuya Enfermedad o Lesión sean el motivo del reclamo. Todos los exámenes de este tipo correrán por cuenta del Plan. Este derecho puede ejercerse cuando y con la frecuencia que el Administrador del Plan lo requiera razonablemente, siempre y cuando el reclamo esté pendiente. La Persona cubierta debe cumplir con este requisito como condición necesaria para la cobertura.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

NOTA: Las Personas cubiertas que cumplan con los requisitos para obtener Medicaid o que estén pensando en aceptar la asistencia económica de un proveedor deben informárselo al Plan anticipadamente para que se ajusten los reclamos y coordinen los pagos. Para comunicarse con SimplePay Health, envíe un correo electrónico a healthpro@simplepayhealth.com o llame al (800) 606-3564 a fin de que le envíen una forma de notificación de seguro secundario o de asistencia financiera del proveedor, la cual usted deberá completar y reenviar.

Beneficios sujetos a esta disposición

Esta disposición se aplica a todos los beneficios brindados conforme a cualquier sección de este Plan.

Seguro excedente

Si, en el momento de la Lesión, Enfermedad, afección o discapacidad, existe una cobertura disponible o potencialmente disponible (por ejemplo, como resultado de un juicio o acuerdo), los beneficios del Plan se aplicarán únicamente como seguro excedente de otras fuentes de cobertura.

Los beneficios del Plan se tomarán como excedentes a lo siguiente siempre que sea posible:

- (1) Cualquier pagador primario aparte del Plan.
- (2) Cualquier seguro sobre la persona o propiedad del interesado a través de la cobertura de pagos médicos, protección contra lesiones personales, cobertura sin culpabilidad, cobertura para conductor no asegurado o subasegurado.
- (3) Cualquier póliza de seguro de cualquier compañía de seguros o garante de un tercero.
- (4) Cualquier compañía de seguros de indemnización a trabajadores o de responsabilidad civil.
- (5) Cualquier otra fuente que incluye, entre otros, los fondos de restitución a víctimas de delitos, cualquier pago de beneficios médicos, por discapacidad o de otra índole, y la cobertura de seguro escolar.

Limitación en caso de automóviles

Cuando los pagos médicos estén disponibles a través de un seguro de automóvil (o de una ley aplicable), el Plan pagará únicamente beneficios excedentes, sin reembolso para deducibles de plan o póliza de automóvil. Este Plan siempre se considerará secundario respecto a dichos planes o pólizas. Esto se aplica a todas las formas de pagos médicos conforme a planes o pólizas de seguro de automóvil, independientemente de su nombre, categoría o clasificación. Si los pagos médicos habrían estado disponibles conforme a una póliza de seguro de automóviles de haber estado vigentes los niveles mínimos de cobertura requeridos por ley, pero el nivel mínimo de la cobertura no estaba vigente, el Plan pagará beneficios excedentes únicamente, determinados como si el nivel mínimo de cobertura requerido por ley hubiera estado vigente en el momento correspondiente.

Gastos permitidos

Un gasto permitido es cualquier gasto Medicamento necesario, que está cubierto, al menos parcialmente, conforme a este Plan. Cuando algún otro plan brinda beneficios en forma de servicios en lugar de pago en efectivo, el valor razonable en efectivo de cada servicio brindado por el monto que sería pagadero de acuerdo con los términos del Plan se considerará un beneficio.

En el caso de los planes de organización para el mantenimiento de la salud (HMO), este Plan no considerará ningún cargo que supere lo que un proveedor de un plan HMO ha acordado aceptar como pago total. Además, cuando un plan HMO es primario, y la Persona cubierta no recurre a un proveedor del plan HMO, este Plan no considerará gasto permitido ningún cargo que habría estado cubierto por la HMO si la Persona cubierta hubiera utilizado los servicios de un proveedor del plan HMO.

Otro plan

Cualquier plan, que no sea este Plan, que brinda beneficios o servicios por cuidado o tratamiento médicos o dentales, por ejemplo:

- (1) Cobertura de seguro de grupo, global o con franquicia.
- (2) Cualquier cobertura de un plan de grupo prepago de servicios hospitalarios, médicos o dentales, o de prácticas grupales o de otro tipo.

- (3) Cualquier plan de fideicomiso con administración patronal, planes de organización laboral, planes de organización de empleadores, planes de seguro escolar o planes de organización de beneficios para empleados.
- (4) La cobertura de Medicare y de cualquier otro programa gubernamental que la Persona cubierta sea responsable de pagar, excepto los programas de asistencia médica patrocinados por el estado y TRICARE, en cuyo caso este Plan paga en forma primaria.
- (5) La cobertura de cualquier HMO.
- (6) Cualquier seguro para automotor obligatorio (como el de sin culpabilidad) que brinde beneficios conforme a una disposición de reembolso de gastos médicos por los servicios de cuidado de salud necesarios para tratar Lesiones que surjan de un accidente automovilístico y cualquier otro beneficio médico y de responsabilidad recibido conforme a cualquier póliza automotriz.

Aplicación a la determinación de beneficios

El plan que paga primero de acuerdo con las reglas mencionadas en la sección “Determinación del orden de beneficios” pagará como si no hubiera otro plan involucrado. Cuando este Plan es secundario, siempre pagará sus beneficios en forma completa o un monto reducido de ellos que, cuando se suma a los beneficios pagaderos de otros planes, no superará el 100 % de los gastos permitidos. En caso de conflicto en la determinación del orden de beneficios, este Plan nunca pagará más del 50 % de los gastos permitidos.

Determinación del orden de beneficios

A los efectos de la sección “Aplicación a la determinación de beneficios”, se enumeran a continuación las reglas que establecen la determinación del orden de beneficios. El Plan tendrá en cuenta estas reglas en el orden en el cual se enumeran y aplicará la primera regla que satisfaga las circunstancias del reclamo:

- (1) Un plan sin una disposición con respecto a la coordinación será siempre el plan primario.
- (2) El plan que cubre a la persona directamente en lugar de como Dependiente de un Empleado es primario y los otros planes, secundarios.
- (3) Empleados activos/cesantes o jubilados: El plan que cubre a la persona como Empleado activo (o como Dependiente de ese Empleado) determina sus beneficios antes del Plan que cubre a la persona como Empleado cesante o jubilado (o como Dependiente de esa persona). Si el plan que cubre a esa persona no tiene esta regla y si, en consecuencia, los planes no coinciden en el orden de beneficios, esta regla queda sin efecto.
- (4) Hijos Dependientes de padres que no están separados ni divorciados o padres que no están casados y viven juntos: El plan que cubre al padre o a la madre cuya fecha de nacimiento está primero en el calendario es el plan primario. El plan que cubre al padre o a la madre cuya fecha de nacimiento está después en el calendario es el plan secundario. Sin embargo, si el otro Plan no tiene esta regla, pero cuenta en cambio con una regla basada en el sexo del padre o de la madre y si, por consiguiente, los planes no concuerdan en el orden de beneficios, la regla del otro plan determinará el orden de beneficios.
- (5) Hijos Dependientes de padres separados, divorciados o que no están casados ni viven juntos: Cuando los padres están separados o divorciados o cuando no están casados ni viven juntos, no corresponderá ninguna de las reglas de fecha de nacimiento o sexo. En cambio ocurrirá lo siguiente:
 - (a) El plan del padre o de la madre que tiene la custodia es el plan primario.
 - (b) El plan del Cónyuge del padre o de la madre que tiene la custodia (el padrastro) es el plan que paga en segundo lugar.
 - (c) El plan del padre o de la madre que no tiene la custodia es el siguiente en pagar.
 - (d) El plan del Cónyuge del padre o de la madre que no tiene la custodia es el que paga en último lugar.

A pesar de las disposiciones anteriores, si hay un decreto judicial que establece la responsabilidad económica de los gastos del cuidado de salud del Hijo, los beneficios del plan que cubre al hijo como Dependiente del padre o de la madre que carga con la responsabilidad económica se determinarán antes que los beneficios de cualquier otro plan que cubre al Hijo como Dependiente.

- (6) Si una persona que tiene cobertura en virtud de un derecho de continuación de cobertura otorgado por una ley federal o estatal (p. ej., COBRA) tiene, además, otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado (o como Dependiente de esa persona) es primario, y la cobertura de continuación es secundaria. Si el otro plan no tiene esta regla y si, en consecuencia, los planes no coinciden en el orden de beneficios, no corresponde esta regla.

Cuando las reglas no establecen una determinación del orden de beneficios, los beneficios del plan que ha cubierto a la persona en cuyos gastos se basa el reclamo por más tiempo se determinarán antes de los beneficios de un plan que ha cubierto a esa persona por menos tiempo.

Derecho a recibir y divulgar información necesaria

A los efectos de determinar la aplicabilidad de los términos de esta disposición de coordinación de beneficios, o de una disposición con fines similares de otro plan, y de implementarlos, este Plan puede (sin notificar a nadie) divulgar a una compañía de seguros u otra organización o persona, u obtener de ellas, información relacionada con cualquier persona y que el Plan considere necesaria para esos fines. Se considera que cualquier persona que reclame beneficios conforme a este Plan brinda su consentimiento para la divulgación y recepción de dicha información, y acuerda suministrar al Plan esta información mientras sea necesaria para implementar esta disposición.

Facilidad de pago

Siempre que los pagos que deberían haberse efectuado conforme a este Plan de acuerdo con esta disposición se hayan hecho conforme a cualquier otro plan, el Administrador del Plan puede, a su exclusivo criterio, pagar a cualquier organización que haya efectuado dichos pagos cualquier monto que determine justificado para cumplir el objetivo de esta disposición, y los montos pagados de esta manera se considerarán beneficios pagados conforme a este Plan y, respecto de dichos pagos, este Plan será liberado por completo de responsabilidad.

Derecho de reintegro

Cuando se hayan efectuado pagos conforme a este Plan respecto de gastos permitidos en un monto total, en cualquier momento, que superen el monto máximo de pago necesario en esa instancia para cumplir con el objetivo de esta disposición, el Plan tendrá derecho a recuperar esos pagos, en la medida de dicho exceso, de acuerdo con la sección de "Recuperación de pagos" de este Plan.

Recuperación de pagos

Ocasionalmente, se pagan beneficios más de una vez debido a procesos erróneos de facturación o a una declaración falsa en una prueba de pérdida o en la información de inscripción. Algunas veces, además, los beneficios no se pagan de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones o exclusiones del Plan o, directamente, no se deberían haber pagado. Por descuido, este Plan también puede pagar beneficios que más adelante se descubre que superan el cargo máximo permitido. En este caso, el Plan puede recuperar el monto de sobrepago de la persona o entidad a la cual se dirigió el pago, de los pagadores primarios o de cualquier parte en cuyo nombre se haya pagado el cargo. Siempre que el Plan pague beneficios que superan el monto de los beneficios pagaderos conforme a los términos del Plan, el Administrador del Plan tiene derecho a recuperar dicho pago erróneo.

Una Persona cubierta, proveedor, otro plan de beneficios, compañía de seguros o cualquier otra persona o entidad que reciba un pago que supere el monto de beneficios pagadero conforme a los términos del Plan o en cuyo nombre se haya efectuado dicho pago deberá devolver o reembolsar el monto de dicho pago erróneo al Plan dentro de los 30 días posteriores al descubrimiento o al reclamo. El Administrador del Plan podrá decidir si reclamar el pago del gasto por el cual se efectuó o aplicó el pago erróneo.

La persona o entidad que reciba un pago erróneo no puede aplicar dicho pago a otro gasto. El Administrador del Plan podrá, a su exclusivo criterio, elegir a quién reembolsará el Plan un pago erróneo y si dicho pago se efectuará en una única suma. Cuando una Persona cubierta u otra entidad no cumplan con las disposiciones de esta sección, el Administrador del Plan tendrá la autoridad, a su exclusivo criterio, para rechazar el pago de cualquier reclamo de beneficios presentado por la Persona cubierta y para rechazar o reducir futuros beneficios pagaderos (incluido el pago de futuros beneficios por cualquier Lesión o Enfermedad) conforme al Plan por el monto adeudado como reembolso al Plan. El Administrador del Plan también puede, a su exclusiva discreción rechazar o reducir futuros beneficios (incluidos futuros beneficios por cualquier Lesión o Enfermedad) conforme a cualquier otro plan de beneficios de grupo mantenido por el Patrocinador del Plan. Las reducciones serán equivalentes al monto del reembolso requerido.

Los proveedores y cualquier otra persona o entidad que acepten un pago del Plan o a quienes se les ha cedido un derecho a beneficios, en consideración de los servicios prestados, los pagos o los derechos, acuerdan respetar los términos de este Plan y aceptar presentar reclamos por reembolso en estricto acuerdo con las leyes de práctica de cuidado de salud de su estado, las normas de la edición más reciente de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* o de la terminología actual de procedimientos, las pautas de Medicare, los estándares del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Cuidado de Salud u otras normas aprobadas por el Administrador del Plan o la compañía de seguros. Cualquier pago efectuado respecto de reclamos de reembolso que no sea coherente con las disposiciones anteriores será devuelto al Plan dentro de los 30 días posteriores al descubrimiento o al reclamo; de lo contrario, corresponderá un interés previo a la sentencia del 1.5 % por mes. Si el Plan debe iniciar una acción contra una Persona cubierta, proveedor u otra persona o entidad para hacer cumplir las disposiciones de esta sección, esa Persona cubierta, proveedor u otra persona o entidad aceptan pagar los honorarios y costas del abogado del Plan, independientemente del resultado de la acción.

Además, una Persona cubierta o sus Dependientes, beneficiarios, sucesión, herederos, tutores, representantes personales o cesionarios ("Participantes del Plan") cederán su derecho, o se considerará que lo hacen, a recuperar dichos pagos efectuados por el Plan de cualquier otra parte o recuperación respecto de la cual los Participantes del Plan tienen derecho, por afecciones adquiridas en centros, errores de proveedores, daños surgidos de las acciones u omisiones de otra parte, o relacionados con estos, por los cuales el Plan no ha sido reembolsado.

El Plan se reserva el derecho de deducir de cualquier beneficio correctamente pagadero conforme a este Plan el monto de cualquier pago que se haya efectuado y que tenga las siguientes características:

- (1) Se haya realizado por equivocación.
- (2) Se haya realizado por una declaración falsa en una prueba de pérdida o acto fraudulento.
- (3) Se haya realizado debido a declaraciones falsas para obtener cobertura conforme a este Plan dentro de los 2 años posteriores a la fecha de comienzo de dicha cobertura.
- (4) Se haya realizado a personas que no cumplen con los requisitos.
- (5) Se haya realizado anticipadamente para obtener una recuperación si una Persona cubierta no cumple con las disposiciones de subrogación del plan, de recuperación de terceros y de reembolsos.
- (6) Se haya realizado conforme a un reclamo de beneficios recuperable según otra póliza o ley que brinda cobertura para Lesiones o Enfermedades ocupacionales, en la medida en que dichos beneficios estén cubiertos. No se considerará que esta disposición (6) exige al Plan pagar beneficios conforme a este Plan en cualquier instancia similar.

La deducción se puede realizar con respecto a cualquier reclamo de beneficios conforme a este Plan presentado por una Persona cubierta si dicho pago se efectúa con respecto a la Persona cubierta.

Si el Plan intenta recuperar fondos de un proveedor debido a un reclamo que se realiza por error, que es fraudulento por culpa del proveedor o porque es el resultado de una declaración falsa del proveedor, dicho proveedor se abstendrá, como parte de su asignación de beneficios del Plan, de facturar a la Persona cubierta cualquier monto pendiente.

Cobertura de Medicaid

Si usted o su Dependiente cumplen con los requisitos para cualquier beneficio de Medicaid estatal, esto no se tomará en cuenta para determinar o efectuar cualquier pago de beneficios en su nombre o en el de su Dependiente, o a usted o a su Dependiente. Cualquier pago de beneficios de estas características estará sujeto al derecho de reembolso del estado por los beneficios que se han pagado en nombre de dicha persona, según lo requiere el programa Medicaid estatal. El Plan respetará cualquier derecho de subrogación que pueda tener el estado respecto de los beneficios que son pagaderos conforme al Plan.

Coordinación de beneficios con Medicaid

En todos los casos, los beneficios disponibles a través de un programa Medicaid estatal o federal serán secundarios o posteriores a los beneficios de este Plan.

Coordinación de beneficios con Medicare

Cuando Medicare es el pagador primario, el Plan basará su pago en los beneficios permitidos por Medicare.

Cuando usted, su Cónyuge o sus Dependientes (según corresponda) cumplan con los requisitos para recibir beneficios de Medicare o tengan derecho a recibir Medicare y estén cubiertos por el Plan, este, en todo momento, será administrado de acuerdo con las reglas de pagadores secundarios y de no discriminación de Medicare. Estas reglas incluyen, cuando corresponda, normas relacionadas con personas que sufren de enfermedad renal en etapa terminal, con empleados activos de 65 años o más y con personas discapacitadas laboralmente activas (como se describe más abajo), pero no se limitan necesariamente a dichas normas.

De acuerdo con la ley federal, se aplican las siguientes reglas para determinar si Medicare o la cobertura del Plan constituyen la cobertura primaria de cuidado de salud:

- (1) La regla de las personas mayores que trabajan: Los beneficios de Medicare son secundarios respecto de los beneficios pagaderos conforme al Plan para las personas que tienen derecho a Medicare debido a que tienen 65 años o más y cuentan con cobertura del Plan debido a su estado actual de empleo (o el estado actual de empleo de un Cónyuge). Cuando usted o su Cónyuge comienzan a cumplir con los requisitos para obtener Medicare debido a que cumplen 65 años, usted o su Cónyuge pueden seguir recibiendo los beneficios provistos por el Plan sobre la base de su estado actual de empleo.

Si, debido a esto, usted o su Cónyuge cuentan con cobertura primaria conforme al Plan, el Plan pagará la parte de sus gastos Realizados que normalmente están cubiertos por el Plan. Todo monto restante, o parte de este, si existiera, puede ser pagado por Medicare si los costos son gastos cubiertos conforme a Medicare y la parte de los gastos cubiertos por Medicare supera la parte cubierta por el Plan. Si los gastos no están cubiertos por el Plan, pero son gastos cubiertos por Medicare, entonces Medicare procesará su pago de los gastos como si usted no contara con cobertura del Plan.

- (2) La regla de los discapacitados laboralmente activos: Los beneficios de Medicare son secundarios respecto de los beneficios pagaderos conforme al Plan para las Personas cubiertas menores de 65 años que tienen derecho a Medicare debido a que son discapacitadas (no a causa de enfermedad renal en etapa terminal) y cuentan con cobertura del Plan debido a su estado actual de empleo con un empleador. Es decir, si usted o sus Dependientes están cubiertos por el Plan debido a su estado actual de empleo, los beneficios de Medicare son secundarios para usted o sus Dependientes cubiertos con derecho a Medicare debido a su discapacidad (no a causa de enfermedad renal en etapa terminal). En este caso, el Plan es primario.
- (3) Regla de la enfermedad renal en etapa terminal: Los beneficios de Medicare son secundarios respecto de los beneficios pagaderos conforme al Plan para las Personas cubiertas que cumplen con los requisitos para recibir beneficios de Medicare, o que tienen derecho a hacerlo, debido a enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). (Se aplican reglas especiales si tenía derecho a Medicare debido a la edad o discapacidad antes de cumplir con los requisitos para obtener Medicare debido a la ESRD). Como un paciente con ESRD puede tener que esperar hasta tres meses para obtener la cobertura de Medicare, la responsabilidad de pago primario del Plan puede variar por hasta tres meses. Si el motivo de su derecho a Medicare cambia de ESRD a edad o discapacidad, la responsabilidad de pago primario del Plan puede finalizar el mes anterior al mes que el cambio entra en vigor, y se aplicarán las reglas establecidas anteriormente, si corresponden. Su Empleador puede brindarle información más detallada respecto a la aplicación de esta regla.

Medicare y COBRA

Para la mayoría de los beneficiarios de la cobertura conforme a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), las reglas de Medicare establecen que Medicare será el pagador primario respecto de la cobertura de continuación conforme a la COBRA. Estos beneficiarios serían, por ejemplo, personas mayores o discapacitadas laboralmente activas. Esta disposición se aplicaría a la cobertura de continuación de beneficios (COBRA) de este Plan. En el caso de un beneficiario de Medicare con ESRD, la cobertura de continuación conforme a la COBRA (si se elige) es, por lo general, primaria respecto de Medicare durante el plazo de coordinación de 30 meses.

Coordinación de beneficios con TRICARE

El Plan, en todo momento, será administrado de acuerdo con las reglas de pagadores secundarios y de no discriminación correspondientes de TRICARE emitidas por el Departamento de Defensa.

SUBROGACIÓN, RECUPERACIÓN DE TERCEROS Y REEMBOLSO

Condición de pago

- (1) El Plan, a su exclusivo criterio, puede elegir anticipar condicionalmente el pago de beneficios en aquellas situaciones en las que una Lesión, Enfermedad, afección o discapacidad son causadas o se originan, parcial o totalmente, por acciones u omisiones suyas o de sus Dependientes, beneficiarios del Plan o sus Dependientes, beneficiarios, sucesión, herederos, tutores, representantes personales o cesionarios (en adelante denominados colectivamente "Persona cubierta") o un tercero, donde cualquier parte, además del Plan, puede ser responsable de los gastos producto de un incidente, o cuando otro seguro o fondos estén disponibles, incluidas, entre otras, las disposiciones de no culpabilidad, conductor no asegurado o subasegurado y pagos médicos; activos de terceros; seguros de terceros o garantes de terceros (denominados colectivamente "Cobertura").
- (2) La Persona cubierta, su abogado o el Tutor legal de un menor o una persona discapacitada concuerdan que la aceptación del pago condicional de beneficios médicos de este Plan constituye una notificación implícita de estas disposiciones en su totalidad, y aceptan mantener el 100 % del pago condicional de beneficios del Plan o el alcance total del pago de cualquier parte o de una combinación de fuentes de primera parte y terceros en fideicomiso, sin interrupción, salvo el reembolso al Plan o al cesionario del Plan. Al aceptar beneficios, la Persona cubierta acepta que el Plan tendrá derecho de retención sobre cualquier fondo recibido por la Persona cubierta o su abogado de cualquier fuente, y dichos fondos se mantendrán en fideicomiso hasta el momento en que las obligaciones conforme a esta disposición se agoten por completo. La Persona cubierta acepta incluir el nombre del Plan como cobeneficiario en todas las liquidaciones de pago. Además, mediante la aceptación de beneficios, la Persona cubierta comprende que cualquier recuperación según esta sección es un activo del Plan conforme al monto de beneficios pagado por el Plan, y que la Persona cubierta será un fideicomisario con respecto a dichos activos.
- (3) En caso de que una Persona cubierta llegue a un acuerdo u obtenga una recuperación o reembolso por parte de cualquier Cobertura, la Persona cubierta acepta reembolsarle al Plan todos los beneficios ya pagados o que el Plan pagará en nombre de la Persona cubierta. Si la Persona cubierta no reembolsa al Plan según el acuerdo o conciliación alcanzados, la Persona cubierta será responsable de todos y cada uno de los gastos (tarifas y costos) asociados al intento del Plan de recuperar dicho dinero.
- (4) Si hay más de una parte responsable de los cargos pagados por el Plan, o que puedan ser responsables de dichos cargos, el Plan no deberá elegir una parte en particular de quien recibir el reembolso adeudado. Asimismo, los fondos de liquidación no distribuidos cuyo fin es compensar varias partes lesionadas de las cuales solo una o varias le corresponden a la Persona cubierta se designarán como "identificables", y el Plan puede obtener un reembolso de dichos fondos.

Subrogación

- (1) Como condición para participar en este Plan y recibir beneficios de este, la Persona cubierta acepta cederle al Plan el derecho de subrogar todos y cada uno de los reclamos, causas de acción o derechos que puedan surgir contra cualquier persona, corporación o entidad, así como el derecho a cualquier cobertura que le corresponda a la Persona cubierta, independientemente de su clasificación o caracterización, a criterio del Plan, si la Persona cubierta no inicia acciones legales ni ejerce sus derechos.
- (2) Si una Persona cubierta recibe beneficios o pasa a cumplir con los requisitos para obtenerlos, se otorga un derecho de retención equitativo automático en favor del Plan respecto de cualquier reclamo que cualquier Persona cubierta pueda presentar contra cualquier Cobertura o parte que haya causado la Enfermedad o Lesión según el monto de dicho pago condicional efectuado por el Plan más los costos razonables de recaudación. La Persona cubierta tiene la obligación de informarles al Plan o a su representante autorizado sobre cualquier acuerdo en curso y antes de que este termine, la ejecución de un descargo o la recepción de fondos correspondientes. La Persona cubierta también tiene la obligación de mantener todos y cada uno de los fondos recibidos en fideicomiso en nombre del Plan, y deberá operar como fideicomisario de dichos fondos hasta que se cumplan los derechos descritos en este documento y se reembolse al Plan.
- (3) El Plan puede, a su criterio, en su nombre o en el de la Persona cubierta, iniciar un procedimiento o presentar un reclamo contra cualquier parte o Cobertura, a fin de obtener una compensación por todos los daños equivalente al valor total de cada uno de estos beneficios o pagos condicionales anticipados por el Plan.

- (4) La Persona cubierta autoriza al Plan a iniciar acciones legales, demandar, llegar a un acuerdo o resolver un reclamo en nombre de las Personas cubiertas o del Plan, y acepta colaborar íntegramente con el Plan para el procesamiento de cualquier reclamo si la Persona cubierta no presenta el reclamo ni inicia acciones por daños en contra de los siguientes:
- (a) La parte responsable, su compañía de seguros o cualquier otro prestador en representación de dicha parte.
 - (b) Cualquier seguro sobre la persona o propiedad del interesado a través de la cobertura de pagos médicos, protección contra lesiones personales, cobertura sin culpabilidad, cobertura para conductor no asegurado o subasegurado.
 - (c) Cualquier póliza de seguro de una compañía de seguros o garante de un tercero.
 - (d) Cualquier compañía de seguros de indemnización a trabajadores o de responsabilidad civil.
 - (e) Cualquier otra fuente emisora, incluidos, entre otros, los fondos de restitución a víctimas de delitos, cualquier pago de beneficios médicos, por discapacidad o de otra índole, y la cobertura de seguro escolar.

La Persona cubierta cede todos los derechos al Plan o a su cesionario para iniciar un reclamo y recuperar la totalidad de los gastos de todas las fuentes enumeradas anteriormente.

Derecho a reembolso

- (1) El Plan tendrá derecho a recuperar el 100 % de los beneficios pagados, sin deducciones por las costas y los honorarios de abogados ni la aplicación de la doctrina de fondo común, el principio de restitución completa o cualquier otra teoría legal similar, sin tener en cuenta si la Persona cubierta fue compensada por completo por todas las fuentes. El Plan tendrá el derecho de retención equitativo, el cual prevalecerá sobre todas las leyes o normas estatutarias, doctrinas y legislaciones estatales que prohíban la asignación de derechos y que obstaculicen o pongan en peligro de cualquier modo el derecho de retención equitativo o el derecho de reembolso del Plan. La obligación de reembolsar al Plan en su totalidad existe, independientemente de cómo se clasifican la sentencia o el acuerdo y de si la sentencia o el acuerdo designan específicamente que la recuperación total o parcial incluya gastos médicos, por discapacidad o de otra índole. Si el monto recuperado por las Personas cubiertas es inferior a los beneficios pagados, el Plan tiene derecho a recibir el pago en su totalidad. Todo fondo recibido por la Persona cubierta se conservará en un fideicomiso impuesto por ley y no se gastará ni desembolsará hasta llegado el tiempo en que la Persona cubierta cumpla con su obligación de reembolsar al Plan según estas disposiciones. La Persona cubierta también tiene la obligación de mantener todos y cada uno de los fondos recibidos en fideicomiso en nombre del Plan, y deberá operar como fideicomisario de dichos fondos hasta que se cumplan los derechos descritos en este documento y se reembolse al Plan.
- (2) No se pueden deducir del monto de recuperación del Plan los costos del tribunal, los honorarios de los expertos y abogados, las tarifas de presentación u otros costos o gastos de litigio sin el consentimiento previos, expreso y por escrito del Plan.
- (3) El derecho de subrogación y reembolso del Plan no se reducirá ni se verá afectado como resultado de ninguna falla o reclamo por parte de la Persona cubierta, ya sea conforme a las doctrinas de causalidad, falla comparativa o negligencia contributiva ni ninguna doctrina similar por ley. Por consiguiente, cualquier legislación sobre la reducción de derechos de retención, por la cual se intenten aplicar dichas leyes y reducir la recuperación de subrogación del Plan, no será aplicable al Plan y no afectará sus derechos de reembolso.
- (4) Estos derechos de subrogación y reembolso se aplicarán, sin exigirse el reconocimiento independiente por escrito de estos derechos por parte del Plan ni tampoco la firma de la Persona cubierta.
- (5) Esta disposición no limitará ningún otro recurso del Plan dispuesto por ley. Estos derechos de subrogación y reembolso deberán aplicarse, sin importar la ubicación del hecho que propició o causó la Enfermedad, Lesión, afección o discapacidad correspondientes.

La Persona cubierta es fideicomisaria de los activos del Plan

- (1) Toda Persona cubierta que reciba beneficios y, por lo tanto, esté sujeta a los términos de esta sección, se considera, por el presente documento, beneficiaria y receptora de los activos del Plan. Por lo tanto, ocupa el rol de fideicomisaria del Plan solo en lo que respecta a la posesión de fondos que pueden deberse al Plan como resultado de un acuerdo, sentencia o recuperación por algún otro medio derivado de cualquier Accidente o Lesión. En virtud de esta condición, la Persona cubierta comprende que debe cumplir con lo siguiente:
 - (a) Informarles al Plan o a su representante autorizado sobre cualquier acuerdo en curso y antes de que este termine, la ejecución de un descargo o la recepción de fondos correspondientes.
 - (b) Solicitarle a su abogado que garantice que el Plan o su representante autorizado estén incluidos como beneficiarios en todas las liquidaciones de pagos.
 - (c) En aquellos casos en que la Persona cubierta no esté representada por un abogado, deberá solicitarles a la compañía de seguros o alguna otra parte de la cual se obtiene un acuerdo, resolución u otra forma de Cobertura que incluyan al Plan o a su representante autorizado como beneficiario en la liquidación de pagos.
 - (d) Conservar todos y cada uno de los fondos recibidos en fideicomiso, en nombre del Plan, y ocupar el rol de fideicomisario con respecto a dichos fondos, hasta que se cumplan los derechos descritos en este documento y se reembolse al Plan.
- (2) En caso de que la Persona cubierta objete esta obligación ante el Plan según lo descrito en esta sección, la Persona cubierta o cualquiera de sus agentes o representantes también deberán conservar todos y cada uno de los fondos liquidados, incluido el monto total si este es inferior a los intereses del Plan, y sin ninguna deducción por honorarios de abogados, por los cuales ejerce control, en una cuenta separada de las cuentas de activos generales, hasta el momento en que se resuelva la disputa.
- (3) Ninguna Persona cubierta, beneficiario, agente ni representante de estos, que tengan control sobre los activos del plan y que asuman las responsabilidades de un fideicomisario según lo estipulado en esta sección, tendrán la autoridad para aceptar una reducción en los intereses del Plan en nombre de este.

Seguro excedente

Si, en el momento de la Lesión, Enfermedad, afección o discapacidad, existe una cobertura disponible o potencialmente disponible (por ejemplo, como resultado de un juicio o acuerdo), los beneficios del Plan se aplicarán únicamente como seguro excedente de otras fuentes de cobertura, salvo que en la sección "Coordinación de beneficios" del Plan se estipule lo contrario.

Los beneficios del Plan se tomarán como excedentes con respecto a lo siguiente:

- (1) La parte responsable, su compañía de seguros o cualquier otra fuente en nombre de la parte.
- (2) Cualquier seguro sobre la persona o propiedad del interesado a través de la cobertura de pagos médicos, protección contra lesiones personales, cobertura sin culpabilidad, cobertura para conductor no asegurado o subasegurado.
- (3) Cualquier póliza de seguro de cualquier compañía de seguros o garante de un tercero.
- (4) Cualquier compañía de seguros de indemnización a trabajadores o de responsabilidad civil.
- (5) Cualquier otra fuente que incluye, entre otros, los fondos de restitución a víctimas de delitos, cualquier pago de beneficios médicos, por discapacidad o de otra índole, y la cobertura de seguro escolar.

Separación de fondos

Los beneficios pagados por el Plan, los fondos recuperados por la Persona cubierta y aquellos mantenidos en fideicomiso sobre los cuales el Plan tiene derecho de retención existen en forma independiente a la propiedad y al patrimonio de la Persona cubierta de modo tal que la muerte de la Persona cubierta o su presentación de quiebra no afectarán el derecho de recuperación del Plan, los fondos sobre los cuales el Plan tiene derecho de retención o el derecho del Plan a la subrogación y al reembolso.

Homicidio culposo

En caso de que la Persona cubierta fallezca debido a sus Lesiones, y se presente un reclamo de sobreviviente o por homicidio culposo a un tercero o a cualquier Cobertura, los derechos de subrogación y reembolso del Plan seguirán vigentes, y la entidad que presente dicho reclamo cumplirá con los términos y derechos del Plan por los cuales se pagan los beneficios en nombre de la Persona cubierta y todos los demás que se favorezcan de dicho pago.

Obligaciones

- (1) Estas son las obligaciones de la Persona cubierta en todo momento, ya sea antes o después del pago de los beneficios médicos por parte del Plan:
 - (a) Cooperar con el Plan o con cualquier representante del Plan, en la protección de sus derechos, incluida la presentación de pruebas, estar presente en las declaraciones o la cooperación en el juicio para preservar los derechos del Plan.
 - (b) Brindar al Plan la información pertinente relacionada con la Enfermedad, afección, discapacidad o Lesión, incluidos los informes sobre el Accidente, información con respecto al acuerdo y cualquier otra información adicional que se haya solicitado.
 - (c) Llevar a cabo dicha acción y formalizar dichos documentos en la medida en que el Plan lo pueda requerir para facilitar el cumplimiento de sus derechos de subrogación y reembolso.
 - (d) No hacer nada que perjudique los derechos de subrogación y reembolso del Plan.
 - (e) Reembolsar sin demora al Plan cuando reciba una recuperación a través de un acuerdo, sentencia, laudo u otra forma de pago.
 - (f) Notificar al Plan o a su representante autorizado sobre cualquier acuerdo en curso y antes de que termine.
 - (g) No celebrar acuerdos ni aceptar renunciaciones, sin el consentimiento previo del Plan, con respecto a reclamos que la Persona cubierta pueda tener en contra de cualquier parte o cobertura responsables.
 - (h) Solicitarle a su abogado que garantice que el Plan o su representante autorizado estén incluidos como beneficiarios en cualquier liquidación de pago.
 - (i) En aquellos casos en que la Persona cubierta no esté representada por un abogado, deberá solicitarle a la compañía de seguros o alguna otra parte de la cual se obtiene un acuerdo que incluya al Plan o a su representante autorizado como beneficiario en la liquidación de pago.
 - (j) Hacer esfuerzos de buena fe para evitar el desembolso de los fondos del acuerdo hasta que se haya resuelto la disputa entre el Plan y la Persona cubierta sobre los fondos del acuerdo.
- (2) Si la Persona cubierta o su abogado no reembolsan al Plan todos los beneficios pagados o que se deben pagar como resultado de dicha Lesión o Enfermedad, de cualquier garantía, sentencia o acuerdo recibidos, la Persona cubierta será responsable de todos los gastos (ya sean tarifas o costos) asociados con el intento del Plan de recuperar dicho dinero de la Persona cubierta.
- (3) Los derechos de reembolso o subrogación del Plan no dependen de ninguna manera de la cooperación o del cumplimiento de estos términos por parte de la Persona cubierta.

Compensación

Si el reembolso no se efectúa de forma oportuna, o la Persona cubierta o su abogado no cumplen con los requisitos del Plan, el Plan tiene derecho, además de cualquier otro medio lícito de recuperación, a deducir el monto que la Persona cubierta adeuda al Plan. Es por ello que es posible que el Plan se niegue a pagar cualquier beneficio médico futuro y cualquier fondo o pago adeudados según este Plan en nombre de la Persona cubierta por cualquier monto equivalente a una suma pendiente que adeude la Persona cubierta al Plan. Esta disposición tiene validez incluso si la Persona cubierta ha desembolsado fondos liquidados.

Menores

- (1) En caso de que la Persona cubierta sea menor de edad, según lo define la ley correspondiente, los padres del menor o su tutor designado mediante un tribunal deberán cooperar en todas las acciones que lleve a cabo el Plan para solicitar y obtener la aprobación judicial adecuada para obligar al menor y a su patrimonio en lo concerniente a estas disposiciones de subrogación y reembolso.
- (2) Si los padres del menor o su tutor designado mediante un tribunal no llevan a cabo dicha acción, el Plan no tendrá la obligación de proceder con el pago de beneficios médicos en nombre del menor. Cualquier tarifa legal o costo del tribunal asociados a la obtención de dicha aprobación será absorbida por los padres del menor o su tutor designado mediante un tribunal.

Interpretación del texto

El Administrador del Plan retiene la autoridad discrecional única, completa y final para interpretar y definir el texto de esta disposición, para determinar todas las preguntas de hecho y de derecho que surjan de esta disposición y para administrar los derechos de subrogación y reembolso del Plan.

Divisibilidad

En caso de que cualquier sección de esta disposición se considere inválida o ilegal por cualquier motivo, dicha invalidez o ilegalidad no afectarán las secciones restantes de esta disposición y del Plan. La sección será completamente divisible. El Plan se implementará e interpretará como si dichas secciones inválidas o ilegales nunca se hubieran introducido.

Sin perjuicio de ninguna parte contenida en este documento que estipule lo contrario, en la medida en que este Plan no esté regido por la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados, el derecho del Plan a la subrogación y al reembolso puede estar sujeto a leyes de subrogación estatales.

DEFINICIONES

En esta sección, encontrará las definiciones de las palabras escritas con mayúscula inicial en este Plan. Puede haber palabras o términos adicionales que tienen un significado que pertenece a una sección específica, y esas definiciones están incluidas en esa sección; sin embargo, dicha palabra escrita con mayúscula inicial tendrá el mismo significado cuando se utiliza en cualquier otra sección. Estas definiciones no implican que los cargos por el cuidado, los suministros o servicios particulares cumplen con los requisitos para pagos conforme al Plan. Consulte las secciones correspondientes de este Plan para obtener dicha información.

Accidente se refiere a un hecho repentino, imprevisto y extralaboral que ocurre en un momento y lugar específicos. O bien es un acto deliberado que tiene consecuencias inesperadas.

Administrador del Plan se refiere a quien administra el Plan conforme a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA).

Administrador externo se refiere a Meritain Health, Inc., P.O. Box 853921, Richardson, TX 75085-3921.

Agencia de cuidado de salud en el hogar se refiere a una agencia u organización públicas o privadas que se especializan en brindar cuidado y tratamiento médicos en el domicilio de las personas. Un proveedor de estas características debe satisfacer todas las siguientes condiciones: (1) contar con la debida licencia, si dicha licencia es requerida por la autoridad correspondiente de otorgamiento de licencias para brindar servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos; (2) reunir los requisitos para ser una Agencia de cuidado de salud en el hogar conforme a Medicare; (3) cumplir con los estándares establecidos para las agencias de planificación de cuidado de salud en toda el área; (4) brindar servicios de enfermería especializada y otros servicios mediante visitas al hogar del paciente; (5) ser responsable de la administración de un programa de cuidado de salud en el hogar; y (6) supervisar la implementación de un programa de cuidado de salud en el hogar donde los servicios son indicados y aprobados por escrito por el Médico tratante del paciente.

Anomalía congénita se refiere a un defecto en el desarrollo físico presente en el momento del nacimiento.

Año calendario se refiere al período comprendido entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre.

Año del Plan se refiere al período comprendido entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre cada año.

Asistente quirúrgico se refiere a un Médico que ayuda activamente al Médico a cargo de un Procedimiento quirúrgico. Según el tipo de Cirugía que se vaya a realizar, un cirujano puede contar con uno o dos Asistentes quirúrgicos si es Médicamente necesario. Los aspectos técnicos de la Cirugía en cuestión determinan la necesidad de un Asistente quirúrgico.

Cargo habitual se refiere, en cuanto a los Proveedores no participantes, los cargos por servicios o suministros médicos o dentales esenciales para el cuidado de la persona y sujetos a una determinación sobre Cargos habituales. Para completar la parte pendiente de esta definición, Cargo habitual se refiere al cargo menor propuesto por otros proveedores en la misma área geográfica o cargos facturados por servicios o suministros equivalentes o comparables. Ocasionalmente, es posible que el Plan establezca un acuerdo con un Proveedor no participante (de manera directa o indirecta a través de un tercero), lo cual fija la tarifa que el Plan pagará por un servicio o suministro. En estos casos, el Cargo habitual será la tarifa establecida en dicho acuerdo con el Proveedor no participante.

El Plan puede disminuir el Cargo habitual aplicando políticas de reembolso administradas por el Administrador externo del Plan. Las políticas de reembolso hacen referencia a la facturación apropiada de servicios. Para ello, se tienen en cuenta factores que son relevantes para el costo del servicio, por ejemplo:

- (1) La duración y complejidad del servicio.
- (2) Si se facturan varios procedimientos al mismo tiempo, pero no se requiere ningún otro gasto fijo adicional.
- (3) Si es necesaria la participación de un Asistente quirúrgico y si este participa en el momento de brindar el servicio.
- (4) Si se incluye cuidado de seguimiento.

- (5) Si existe alguna otra característica que puede modificar este servicio en particular o hacerlo único.
- (6) Cuando un cargo incluye más de una línea de reclamo, ya sea si algunos de los servicios indicados en la línea de reclamo forman parte del servicio primario brindado o están relacionados con dicho servicio.

Las políticas de reembolso utilizadas se basan en la revisión de las políticas desarrolladas para Medicare; los estándares de práctica médica o dental generalmente aceptados, basados en pruebas científicas confiables que hayan sido publicadas en trabajos revisados por pares profesionales, por lo general, reconocidos por la comunidad médica o dental pertinente, o de otra manera que concuerden con las recomendaciones del Médico o de la sociedad odontológica especializada; y la visión de Médicos y Dentistas que ejercen la profesión en áreas clínicas relevantes.

El Cargo habitual por servicios cubiertos se basará en la tarifa contractual promedio cuando una Persona cubierta no tiene control sobre los servicios brindados por un Proveedor no participante que tiene un acuerdo con un centro de la Red o cuando la Persona cubierta obtiene de un Proveedor no participante Servicios de emergencia por una Enfermedad de emergencia.

Centro de cuidado de urgencia se refiere a un centro que se dedica principalmente a brindar cuidado de emergencia episódico y cuidado médico de menor complejidad a una Persona cubierta. Un Médico certificado por la junta, un enfermero registrado y un técnico radiólogo registrado deben estar de guardia siempre que el centro esté abierto. El centro debe incluir equipo para realizar radiografías y pruebas de laboratorio y contar con un sistema de soporte vital. A los efectos de este Plan, un centro que cumpla con estos requerimientos será considerado un Centro de cuidado de urgencia, sin importar el nombre que tenga. Sin embargo, una clínica de horario extendido será excluida de los términos de esta definición.

Centro de enfermería especializada se refiere a un centro que cumple con todos los siguientes requisitos:

- (1) Cuenta con una licencia para brindar servicios de enfermería profesionales a Pacientes internados convalecientes de una Enfermedad o Lesión. El servicio debe ser brindado por un enfermero registrado o un auxiliar de enfermería con licencia bajo la dirección de un enfermero registrado. Se deben brindar servicios para ayudar a devolverles a los pacientes la capacidad para cuidar de ellos mismos en las actividades esenciales de la vida diaria.
- (2) Sus servicios son provistos por una compensación y están supervisados en todo momento por un Médico.
- (3) Los servicios de enfermería que se prestan las 24 horas del día son brindados por enfermeros con licencia, bajo la supervisión de un enfermero registrado de tiempo completo.
- (4) Mantiene un registro médico completo de cada paciente.
- (5) Cuenta con un plan eficaz de revisión de utilización.
- (6) Su finalidad principal no es, aunque pueda ocurrir incidentalmente, ser un sitio de descanso para personas mayores, drogadictos, alcohólicos o personas con una discapacidad del desarrollo. Tampoco es un sitio donde se brinde Cuidado no médico o educativo, ni asistencia a personas con Trastornos mentales.
- (7) Está aprobado por Medicare y cuenta con su licencia para operar.

Este término también se aplica a los cargos Realizados en un centro de cuidados prolongados, hogar para ancianos convalecientes, Hospital de rehabilitación, centro de cuidado agudo a largo plazo u otra nomenclatura similar.

Centro de nacimientos se refiere a un lugar con la licencia correspondiente para operar como tal emitida por una agencia del estado. Si el estado no ha planteado requisito alguno para el otorgamiento de licencias, dicho centro debe cumplir con lo siguiente: (1) dedicarse principalmente a brindar servicios para embarazos de bajo riesgo; (2) estar dirigido con la supervisión de un Médico; (3) tener como mínimo un enfermero registrado certificado como enfermero obstetra que está de guardia en todo momento; (4) contar con un acuerdo por escrito con una ambulancia con licencia para dicho servicio a fin de brindar traslados inmediatos de la Persona cubierta a un Hospital, según se define en este documento, en caso de emergencia; y (5) contar con un acuerdo por escrito con un Hospital ubicado en el área geográfica más cercana al Centro de nacimientos para brindarle ingresos por emergencia a la Persona cubierta.

Centro de rehabilitación se refiere a un centro que cumple todos los siguientes requisitos: (1) debe tener como fin el tratamiento de Lesiones o Enfermedades graves; (2) debe contar con la licencia para operar como Centro de rehabilitación para agudos; (3) el cuidado que brinda debe estar directamente supervisada por un Médico; (4) los servicios deben ser Médicamente necesarios; (5) los servicios deben ser coherentes con un plan de tratamiento activo por escrito; (6) la afección del paciente debe requerir cuidado de enfermería especializada e intervenciones que no se pueden lograr o administrar con un nivel inferior de cuidado; (7) los servicios de enfermería deben estar disponibles las 24 horas; y (8) la internación no puede ser por Cuidado no médico o cuidado de mantenimiento.

Centro quirúrgico ambulatorio se refiere a un centro de cirugía independiente que no forma parte de un Hospital y se caracteriza por lo siguiente: (1) tiene un equipo organizado de Médicos; (2) cuenta con instalaciones permanentes equipadas principalmente para llevar a cabo Procedimientos quirúrgicos; (3) brinda servicios continuos prestados por Médicos y enfermeros registrados cuando el paciente se encuentra en el centro; (4) tiene una licencia otorgada por la entidad con autoridad en su jurisdicción; (5) no está preparado para brindar servicios de internación.

Centro residencial de tratamiento se refiere a un centro que brinda tratamiento las 24 horas por Trastornos mentales o Trastornos por abuso de sustancias a Pacientes internados. Debe brindar como mínimo lo siguiente: servicios de habitación y comida; servicios médicos; servicios de enfermería y nutricionales; servicios de diagnóstico, evaluación y tratamiento del paciente; servicios de asesoramiento individual, familiar y grupal; y servicios educativos y de respaldo. Un Centro residencial de tratamiento acreditado para funcionar como tal tendrá el reconocimiento de la Comisión Conjunta y deberá cumplir con su propósito establecido en cumplimiento con todas las leyes estatales y locales pertinentes.

Cirugía o Procedimiento quirúrgico se refiere a cualquiera de los siguientes:

- (1) La incisión, escisión, desbridamiento o cauterización de cualquier órgano o parte del cuerpo y la sutura de una herida.
- (2) La reducción manipulativa de una fractura o dislocación o la manipulación de una articulación, incluida la aplicación de yeso o tracción.
- (3) La extirpación endoscópica de cálculos u otros objetos extraños de cualquier parte del cuerpo o la endoscopia diagnóstica de cualquier parte del organismo.
- (4) La inducción de neumotórax artificial y la inyección de soluciones esclerosantes.
- (5) Artrodesis, paracentesis, artrocentesis y todas las inyecciones en las articulaciones o bursa.
- (6) Parto obstétrico y dilatación y legrado.
- (7) Biopsia.

Cirugía reconstructiva se refiere a la Cirugía incidental con respecto a una Lesión, Enfermedad o Anomalía congénita, cuando el propósito principal es mejorar el funcionamiento fisiológico de la parte del cuerpo involucrada. El hecho de que la apariencia física se pueda mejorar o modificar como resultado de una Cirugía reconstructiva no le otorga la clasificación de Cosmética a dicha Cirugía cuando existe deterioro físico y la Cirugía restablece o mejora la función. Además, el hecho de que una Persona cubierta pueda sufrir consecuencias psicológicas o desarrolle un comportamiento de aislamiento social como resultado de una Lesión, Enfermedad o Anomalía congénita no le otorga a la Cirugía una clasificación de Cirugía reconstructiva por la cual se alivien dichas consecuencias o comportamiento.

COBRA se refiere a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 y sus ocasionales enmiendas.

Cónyuge se define en la sección "Requisitos para la participación" del Plan.

Cosmético se refiere a cualquier procedimiento cuyo objetivo principal es mejorar la apariencia de una persona y que no favorece significativamente el funcionamiento adecuado del organismo ni tampoco trata o previene una Enfermedad o Lesión.

Cuidado no médico se refiere al cuidado o a la internación que se ofrecen sobre todo para el mantenimiento de la Persona cubierta, y organizados esencialmente para ayudarla, ya sea que tenga una discapacidad total o no, con las actividades de la vida diaria. El cuidado puede brindarse en el hogar o mediante personal que no necesariamente tiene formación o habilidades profesionales. No se espera que este cuidado mejore razonablemente la enfermedad subyacente, aunque puede aliviar los síntomas o el dolor. Dicho cuidado abarca, entre otras actividades, bañar, vestir y alimentar a la persona; prepararle comidas especiales; ayudarla a caminar, acostarse o levantarse de la cama; controlar los medicamentos que suelen autoadministrarse y todas las tareas domésticas.

Dentista se refiere a un profesional con la licencia correspondiente para ejercer la odontología o realizar una cirugía oral en el estado en donde presta el servicio, y que desarrolla su actividad dentro del alcance de dicha licencia. Se considerará que un Médico es Dentista cuando brinde algún servicio dental cubierto avalado por dicha licencia.

Dependiente se refiere a una Persona cubierta, que no es el Empleado, y que tiene cobertura del Plan conforme a los términos y las condiciones establecidos en la sección “Requisitos para la participación” de este Plan.

Desembolso máximo tiene el mismo significado definido en la sección “Descripción general del Plan” de este documento.

Empleado se define en la sección “Requisitos para la participación” de este Plan.

Empleado de tiempo completo para un Nuevo empleado se refiere a un Empleado que a partir de su contratación se espera razonablemente que cumpla, en promedio, con un mínimo de 30 Horas de servicio por semana y que no sea un Empleado estacional. A un Empleado de tiempo completo (y sus Dependientes que cumplan con los requisitos) se le debe ofrecer cobertura, a más tardar, 90 días después de la fecha en que completa una Hora de servicio como mínimo con el Empleador (o al final del período de espera). Para un Empleado permanente, se refiere a un Empleado que, durante el Período de medición, ha alcanzado un promedio de 30 Horas de servicio por semana.

Empleado de tiempo parcial para cualquier Nuevo empleado se refiere a un Empleado que se espera razonablemente que cumpla, en promedio, con menos de 30 Horas de servicio por semana y que no sea un Empleado estacional. En el caso de un Empleado permanente, se trata de un Empleado que, durante el Período de medición estándar, se ha determinado que alcance, en promedio, menos de 30 Horas de servicio por semana.

Empleado estacional se refiere a un Empleado contratado para ocupar un puesto que se reactiva anualmente en la misma época del año, con lo cual es un empleo anual y habitual que dura seis meses o menos.

Empleado permanente se refiere a un Empleado actual que ha trabajado por lo menos durante un Período de medición estándar, según lo define el Plan.

Empleado por horas variables se refiere a un Empleado del cual, en el momento de la contratación, el Empleador no puede determinar razonablemente si alcanzará un promedio de por lo menos 30 Horas de servicio.

Empleador se refiere a Club Corp USA, Inc. DBA Invited y a cada Empleador participante, según corresponda, o a cualquiera de sus sucesores.

Enfermedad se refiere a un trastorno, afección o dolencia física extralaboral, incluido el embarazo (junto con el parto y el aborto espontáneo), el Trastorno mental y el Trastorno por abuso de sustancias.

Enfermedad de emergencia se refiere a una enfermedad que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido un dolor fuerte) que harían que, una persona prudente no especializada, con un conocimiento promedio de salud y medicina, espere razonablemente que la falta de cuidado médico inmediato provoque lo siguiente:

- (1) Ponga en grave peligro la salud de la persona (o, si se trata de una mujer embarazada, la salud de la mujer y la de su hijo por nacer).
- (2) Provoque un deterioro grave de las funciones corporales.
- (3) Derive en disfunciones graves en cualquier órgano o parte del cuerpo.

Ensayo clínico que reúne los requisitos se refiere a un ensayo clínico de fase I, II, III o IV, que se realiza para prevenir, detectar o tratar el cáncer u otra afección que pone en riesgo la vida y se describe de la siguiente manera:

- (1) El estudio o la investigación están aprobados o financiados por una o más de las siguientes instituciones (la financiación puede incluir contribuciones en especie):
 - (a) Los Institutos Nacionales de la Salud.
 - (b) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
 - (c) La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud.
 - (d) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
 - (e) Un grupo o centro cooperativo de una de las entidades descritas desde el apartado (a) hasta el (d).
 - (f) Una entidad de investigación no gubernamental que reúne los requisitos identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de la Salud para donaciones de apoyo a centros.
 - (g) El Departamento de Asuntos de los Veteranos; el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía si (i) el estudio o la investigación han sido revisados y aprobados a través de un sistema de revisión por pares que la Secretaría determina que es comparable al sistema de revisión por pares de estudios e investigaciones utilizado por los Institutos Nacionales de la Salud y (ii) asegura una revisión imparcial con los estándares científicos más altos llevada a cabo por personas que cumplen con determinados requisitos y que no tienen intereses en el resultado de la revisión.
- (2) El estudio o la investigación se realizan conforme a la solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- (3) El estudio o la investigación son un ensayo farmacológico que está exento de presentar la solicitud de nuevo medicamento en investigación.

Equipo médico duradero se refiere a equipamiento que cumple con los siguientes requisitos:

- (1) Puede tolerar el uso reiterado.
- (2) Se utiliza sobre todo y principalmente con un propósito médico.
- (3) Por lo general, no es útil para una persona que no sufre de una Enfermedad o Lesión.
- (4) Es adecuado para utilizarse en el hogar.

ERISA se refiere a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 y sus ocasionales enmiendas.

Especialista se refiere a un Médico con licencia que brinda servicios a una Persona cubierta dentro del rango de su especialidad (p. ej., cardiólogo, neurólogo, etc.).

Estabilizar se refiere, con respecto a una Enfermedad de emergencia, a brindar tratamiento médico para la Enfermedad, del modo que sea necesario para garantizar (dentro de las probabilidades médicas razonables) que no ocurra un deterioro material del estado de la persona durante su traslado a un centro o como consecuencia de este; o bien con respecto a una Enfermedad de emergencia de una mujer embarazada que sufre contracciones y que (1) el tiempo para efectuar un traslado seguro a otro Hospital antes del parto es adecuado; y (2) el traslado no supondrá una amenaza para la salud o seguridad de la mujer o de su hijo por nacer (incluida la placenta).

Experimental o en Investigación se refiere a servicios, suministros, cuidado y tratamientos que no constituyen la práctica médica aceptada y adecuada, teniendo en cuenta los hechos y las circunstancias del caso, y según lo dictan los estándares generalmente aceptados de un segmento razonablemente relevante, significativo, calificado y responsable de la comunidad médica correspondiente o agencias de supervisión gubernamentales en el momento en que se prestaron los servicios, y conforme a lo que determine el Administrador del Plan como se indica más abajo.

El Administrador del Plan debe llevar a cabo una evaluación independiente para decidir si las tecnologías específicas se pueden considerar Experimentales o no. El Administrador del Plan se regirá por una interpretación razonable de las disposiciones del Plan. Las decisiones se tomarán de buena fe y se comunicarán luego de una investigación detallada de antecedentes fácticos del reclamo y del tratamiento propuesto. La decisión del Administrador del Plan será final y vinculante para el Plan. Además, el Administrador del Plan se regirá por los siguientes principios para determinar si un tratamiento propuesto se considera Experimental o en Investigación:

- (1) Si el medicamento o dispositivo no pueden comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos y si no se ha otorgado la aprobación en el momento en que se proveen el medicamento o dispositivo, entonces estos se considerarán Experimentales o en Investigación.
- (2) Si el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del paciente utilizado con ese medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento fue revisado y aprobado por el consejo de revisión institucional del centro tratante u otro organismo que cumpla una función similar, o si la ley federal requiere dicha revisión o aprobación, entonces estos se considerarán Experimentales o en Investigación.
- (3) Si Pruebas confiables demuestran que el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médicos son el objeto de ensayos clínicos de fase I o fase II, o son el objeto de investigaciones, estudios Experimentales o en Investigación, o de otra rama de ensayos clínicos de fase III en curso; o bien son objeto de estudio para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia o eficacia comparada con métodos estándar de tratamiento o diagnóstico, entonces se considerarán Experimentales o en Investigación.
- (4) Si Pruebas confiables demuestran que la opinión preponderante entre los expertos respecto del medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que se necesitan más estudios o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia o su eficacia comparada con métodos estándar de tratamiento o diagnóstico, entonces estos se considerarán Experimentales o en Investigación.

"Pruebas confiables" hará referencia únicamente a informes y artículos publicados en bibliografía especializada médica y científica; el protocolo o los protocolos escritos que se utilizan en el centro tratante, o aquellos de cualquier otro centro que realice estudios relevantes sobre el mismo medicamento, servicio, procedimiento o tratamiento, o el consentimiento informado por escrito que utiliza el centro tratante o cualquier otro centro que estudie el mismo medicamento, dispositivo, procedimiento o tratamiento.

Los medicamentos se consideran Experimentales si no están disponibles para su comercialización y venta o si no cuentan con la aprobación de la FDA para uso general.

Los gastos por medicamentos, dispositivos, servicios, tratamientos o procedimientos médicos relacionados con un tratamiento Experimental o en Investigación (servicios relacionados) y las complicaciones surgidas de un tratamiento Experimental o en Investigación y sus servicios relacionados están excluidos de la cobertura, incluso si dichas complicaciones y servicios relacionados estarían cubiertos en ausencia del tratamiento Experimental o en Investigación.

La determinación final respecto del carácter Experimental o en Investigación, la Necesidad médica o si un medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médicos propuestos están cubiertos por el Plan será tomada por el Administrador del Plan, a su exclusivo criterio.

Factura inesperada o Facturación inesperada se recibe cuando una persona obtiene, sin saber, cuidado de proveedores que no forman parte de la Red del Plan de salud; y puede suceder tanto con el cuidado de emergencia como con el que no lo es.

Familiar cercano se refiere al Cónyuge, padre o madre (incluidos padrastros o madrastras), hermanos, hijos, abuelos o familiares políticos de una Persona cubierta.

FMLA se refiere la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 y sus ocasionales enmiendas.

Gasto cubierto se refiere a lo siguiente:

- (1) Un artículo o servicio que figuran en el Plan como gastos médicos que cumplen con los requisitos y para los cuales el Plan brinda cobertura.
- (2) En el caso de los gastos por Medicamentos con receta, cualquier Medicamento con receta o medicina que cumplan con los requisitos para obtener cobertura conforme al Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta.

Habitación semiprivada se refiere a una habitación de Hospital compartida por dos o más pacientes.

Hijo bajo cuidado de crianza se define en la sección “Requisitos para la participación” del Plan.

HIPAA se refiere a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 y sus ocasionales enmiendas.

Horas de servicio se refiere a cada hora pagada al Empleado, o por la que tiene derecho al pago, por desarrollar determinadas tareas para el Empleador (o un Empleador relacionado); y a cada hora pagada al Empleado, o por la que tiene derecho al pago por parte del Empleador (o un Empleador relacionado) por un lapso durante el cual no se desarrolla ninguna tarea debido a vacaciones, Enfermedad, incapacidad (incluida discapacidad), cesantía, deber judicial, servicio militar o licencia. Se excluyen las Horas de servicio en la medida en que la compensación por esos servicios responda a ingresos de fuentes fuera de los Estados Unidos; o bien las tareas son desarrolladas (1) como voluntario de buena fe (según se define en la sección 54.4980H-1(a)(7) del Reglamento del Departamento del Tesoro; o (2) como parte de un programa de estudio y trabajo federal o estatal. A los fines de esta definición, un Empleador relacionado se refiere a cualquier entidad que debe tratarse como parte del mismo “gran empleador vigente” que el Empleador a los efectos de la sección 4980H del Código de Impuestos Internos, según se determina en el momento en que se computa o acredita la Hora de servicio correspondiente.

En el caso de los Empleados a los que se les paga por hora, el Empleador debe calcular las Horas de servicio reales en los registros de horas trabajadas y horas por las que se efectúa o adeuda un pago (método de horas efectivas). En el caso de los Empleados a los que no se les paga por hora, el Empleador debe calcular las Horas de servicio en función del método de horas efectivas o, en tanto y en cuanto no se minimicen considerablemente las horas del Empleado, mediante un método de equivalencias en el cual se le computan al Empleado: (1) 8 Horas de servicio por cada día en el que se le debería computar al Empleado una Hora de servicio; o (2) 40 Horas de servicio por cada semana por la cual se le debería computar al Empleado por lo menos una Hora de servicio.

Hospicio se refiere a una agencia que brinda servicios médicos auxiliares y de asesoramiento, y que también puede proporcionar servicios de habitación y comida a enfermos terminales. El centro debe cumplir con todos los siguientes requisitos: (1) contar con la aprobación de los certificados de necesidad requeridos por el estado o el Gobierno; (2) funcionar durante las 24 horas del día, toda la semana; (3) funcionar bajo la supervisión directa de un Médico debidamente calificado; (4) contar con servicios de enfermería coordinados por un enfermero registrado, con cuatro años de experiencia clínica a tiempo completo y, como mínimo, dos años de cuidado a enfermos terminales; (5) tener un coordinador de servicios sociales con licencia en la jurisdicción donde se encuentra ubicado el centro; (6) ser una agencia cuyo propósito principal es brindar servicios de Hospicio; (7) tener un administrador a tiempo completo; (8) llevar registros escritos de los servicios brindados a los pacientes; (9) tener empleados asegurados por un seguro por mala praxis y por responsabilidad en la asignación de tareas; (10) haber sido creado y funcionar de conformidad con las leyes vigentes en la jurisdicción donde se encuentra ubicado el centro y, si corresponde, contar con una licencia aprobada por la autoridad regulatoria correspondiente conforme a la ley; (11) brindar cuidado de enfermería a cargo de un enfermero registrado, un auxiliar de enfermería con licencia, un fisioterapeuta con licencia o terapeuta ocupacional certificado, un terapeuta respiratorio o del habla certificado por la American Speech Language and Hearing Association (Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición); y (12) brindar servicios de ayuda médica domiciliaria bajo la supervisión directa de uno de los profesionales mencionados antes mientras se prestan servicios indicados específicamente por un Médico.

Hospital se refiere a un centro con las siguientes características: (1) cuenta con una licencia para funcionar como Hospital en aquellas áreas donde se requiera; (2) está siempre abierto; (3) funciona principalmente para diagnosticar y tratar Enfermedades o Lesiones para Pacientes internados; (4) cuenta con personal compuesto por uno o más Médicos que están de guardia en todo momento; (5) brinda servicios de enfermería las 24 horas prestados por enfermeros registrados; y (6) cuenta con instalaciones organizadas para realizar Cirugías mayores.

Sin embargo, una institución especializada en el cuidado y el tratamiento de Trastornos mentales y Trastornos por abuso de sustancias que reuniría los requisitos para ser considerada un Hospital, excepto por el hecho de que no cuenta con instalaciones organizadas para realizar Cirugías mayores, se considerará un Hospital.

En ningún caso, "Hospital" incluirá una institución que es, principalmente, un sitio de descanso, un hogar de ancianos, una clínica, un Centro de enfermería especializada, un centro de convalecencia o una institución similar.

Hospital o Centro de cuidado agudo a largo plazo se refiere a un centro que brinda cuidado agudo especializado para pacientes complejos desde el punto de vista médico con Enfermedades graves; con complicaciones o fallas en distintos sistemas y que requieren hospitalización en un centro que ofrezca programas de tratamientos especializados e intervenciones clínicas y terapéuticas contundentes, las 24 horas, todos los días. La gravedad de la afección de los pacientes internados en un Hospital o Centro de cuidado agudo a largo plazo requiere una internación que brinde lo siguiente: (1) supervisión interactiva de un Médico con evaluación diaria en el lugar; (2) servicios auxiliares sustanciales requeridos por necesidades médicas agudas y complejas, como servicios completos, pruebas de laboratorio, radiología, servicios de cuidado respiratorio, etc.; (3) enfoque interdisciplinario, centrado en el paciente y orientado hacia los resultados, con un equipo profesional supervisado por un Médico, que incluye un programa intensivo de manejo de casos para garantizar la transición eficaz en las etapas del cuidado continuo; (4) proveedores de cuidado clínico competentes con capacidad para realizar evaluaciones e intervenciones de avanzada; y (5) capacitaciones para los pacientes y sus familiares a fin de manejar las necesidades de cuidado de salud actuales y futuras.

Información genética se refiere a información con respecto a genes, productos genéticos y características hereditarias que pueden provenir de la persona o de un familiar. Esto incluye información sobre el estado de portador e información derivada provista por pruebas de laboratorio que identifican mutaciones en genes específicos o cromosomas; exámenes médicos físicos; antecedentes familiares y análisis directos de genes o cromosomas. La Información genética no se tendrá en cuenta para (1) determinar el cumplimiento con los requisitos para recibir beneficios conforme al Plan (incluida la inscripción inicial y la continuación del cumplimiento de los requisitos) ni para (2) establecer las contribuciones o primas de la cobertura según el Plan.

Lesión se refiere a un daño físico causado por una fuerza externa y ocasionado de forma directa por un Accidente, independientemente de cualquier otra causa.

Máximo de por vida se refiere al beneficio máximo pagadero durante la vida de una persona mientras recibe cobertura conforme al Plan. Los beneficios están disponibles únicamente cuando la persona cumple con los requisitos para obtener cobertura conforme al Plan. El Plan puede brindar un beneficio Máximo de por vida para tipos específicos de tratamiento médico. Los beneficios Máximos de por vida se mostrarán en la *Lista de beneficios* correspondiente.

Medicamento necesario o Necesidad médica se refiere a un tratamiento generalmente aceptado por profesionales médicos en los Estados Unidos debido a su eficacia comprobada y conveniencia para tratar una enfermedad, sobre la base de estándares reconocidos de la especialidad de cuidado de salud en cuestión.

- (1) "Comprobado" se refiere a que el cuidado no se considera Experimental o en Investigación, que cumple con un estándar particular de cuidado aceptado por la comunidad médica y que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para uso general.
- (2) "Eficaz" hace referencia a que se puede esperar que los efectos beneficiosos de los tratamientos sean mayores que los efectos secundarios. "Cuidado eficaz" se refiere a un tratamiento que se ha probado que tiene un efecto positivo en la salud y que, a la vez, aborda problemas particulares causados por una afección, Lesión, Enfermedad o dolencia clínica.
- (3) "Conveniente" se refiere a que los plazos del tratamiento y su entorno son adecuados y rentables.

Los tratamientos médicos que no estén comprobados y no sean eficaces ni convenientes no estarán cubiertos por el Plan.

Deben cumplirse todos los criterios. El hecho de que un Médico recomiende o apruebe cierto cuidado no significa que sea Medicamento necesario.

Medicamento con receta se define en la sección "Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta" del Plan.

Medicamento de especialidad se define en la sección "Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta" del Plan.

Medicare se refiere al programa de cuidado de salud para personas mayores establecido por el título XVIII de la Ley de Seguro Social de 1965 y sus enmiendas.

Médico se refiere a un Médico que cuenta con una licencia otorgada legalmente y que actúa dentro del alcance de su licencia y cualquier otro profesional con licencia requerida para ser reconocido a los fines de pagos de beneficios conforme a las leyes del estado en el que ejerce y actúa dentro del alcance de su licencia. La definición de Médico incluye, entre otros, lo siguiente: doctor en Medicina; doctor en Medicina Osteopática; quiropráctico; psicólogo asesor con licencia; psicólogo con licencia; trabajador social clínico con licencia; terapeuta ocupacional; optometrista; oftalmólogo; fisioterapeuta; podiatra; enfermero registrado; auxiliar de enfermería con licencia; enfermero facultativo; asociado médico; terapeuta del habla, patólogo del habla y partero con licencia (si está cubierto por el Plan). Un empleado de un Médico que presta servicios bajo la dirección y supervisión de dicho Médico también se considerará un proveedor que cumple con los requisitos conforme al Plan.

Médico de cuidado primario se refiere a un Médico con licencia que ejerce en alguno de los siguientes campos: (1) medicina familiar; (2) medicina general; (3) medicina interna; (4) obstetricia y ginecología; o (5) pediatría.

Normas de seguridad se refiere a la regla final de implementación de las Normas de seguridad de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) para la protección de información protegida de salud electrónica, y sus enmiendas.

Nuevo empleado se refiere a cualquier Empleado que aún no ha estado empleado por un Período de medición estándar completo o que ha retomado la actividad laboral con el Empleador (o una entidad relacionada que podría considerarse equivalente al Empleador a los fines de la sección 4980H del Código de Impuestos Internos) luego de un mínimo de 13 semanas consecutivas durante las cuales no se le computaron al Empleado Horas de servicio para el Empleador (o una entidad relacionada).

Obesidad mórbida se define como (1) un índice de masa corporal de 40 o más o (2) un índice de masa corporal de 35 o más con comorbilidades graves, como hipoventilación por obesidad, apnea del sueño, diabetes, hipertensión, cardiomiopatía o disfunciones musculoesqueléticas.

Paciente internado se refiere a una persona a la que, estando internada en un Hospital, se le asigna una cama en algún área (que no sea para cuidado ambulatorio) y por quien el Hospital factura determinado cargo por el servicio de habitación y comida.

Patrocinador del Plan se refiere a Club Corp USA, Inc. DBA Invited o a cualquiera de sus sucesores.

Período administrativo se refiere al período opcional durante el cual un Empleador determina cuáles Empleados son de tiempo completo, notifica a los Empleados que cumplen con los requisitos para obtener cobertura y los inscribe en esta, etc. (es similar a un período de inscripción abierta). Este período puede durar 90 días como máximo y no puede utilizarse para reducir o extender los Períodos de medición o estabilidad. El Período administrativo incluye todos los períodos, distintos del Período de medición inicial, comprendidos entre el día en que un Nuevo empleado que trabaja a tiempo parcial o por Horas variables completa por lo menos una Hora de servicio con el Empleador y el primer día del Período de estabilidad inicial del Empleado.

Período de estabilidad se refiere al período durante el cual los Empleados se consideran Empleados de tiempo completo o Empleados de tiempo parcial según las Horas de servicio calculadas durante el Período de medición, más allá de las horas trabajadas por la persona durante el Período de estabilidad.

Período de estabilidad estándar para Empleados permanentes se refiere al plazo de por lo menos seis meses calendario consecutivos y con una duración superior al Período de medición estándar seleccionado por el Empleador. (Por ejemplo, si el Empleador eligió un Período de medición estándar de 12 meses, el Período de estabilidad estándar también debería durar 12 meses).

Período de estabilidad inicial se refiere al Período de estabilidad que deben cumplir los Nuevos empleados si se determina que un Nuevo empleado de tiempo parcial o por Horas variables alcanza un promedio de menos de 30 Horas de servicio por semana durante su Período de medición inicial. El Período de estabilidad inicial solo puede durar un mes más que el Período de medición inicial y no debe superar el tiempo restante del primer Período de medición estándar total (más el Período administrativo) para el cual se ha contratado al Empleado. Si se determina que un Nuevo empleado que trabaja a tiempo parcial o por Horas variables alcanza un promedio de por lo menos 30 Horas de servicio por semana durante el Período de medición inicial, el Período de estabilidad inicial debe ser un plazo de por lo menos 6 meses calendario consecutivos y con una duración superior al Período de medición inicial.

Período de medición se refiere al “período de análisis retroactivo” durante el cual un Empleador calcula las Horas de servicio para sus Empleados a fin de determinar su condición de Empleado de tiempo completo o de tiempo parcial. Este período puede durar entre 3 y 12 meses calendario consecutivos.

A los fines de computar las Horas de servicio promedio para un Empleado durante un Período de medición, cualquier lapso de ese período que se considere una “licencia especial no remunerada” se desestimará. A los efectos de esta definición, una “licencia especial no remunerada” se refiere a una licencia por servicio de jurado, una licencia no remunerada que está sujeta a la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 o a una licencia no remunerada que está sujeta a la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994.

Período de medición estándar se refiere al “período de análisis retroactivo” durante el cual un Empleador calcula las Horas de servicio de los Empleados permanentes a fin de determinar su condición de Empleado de tiempo completo o Empleado de tiempo parcial.

Período de medición inicial se refiere a un “período de análisis retroactivo” durante el cual el Empleador calcula las Horas de servicio para sus Nuevos empleados a fin de determinar su condición de Empleados de tiempo completo o Empleados de tiempo parcial, que puede comenzar el día en que el Nuevo empleado completa al menos una Hora de servicio con el Empleador o en cualquier fecha hasta el primer día del primer mes calendario inclusive (o, si es posterior, el primer día del primer período de nómina) a partir o después de la fecha en que el Empleado completa por lo menos una Hora de servicio para el Empleador. A los efectos de esta definición, un Empleado recontratado por el Empleador se tratará como un Nuevo empleado del Empleador según la fecha más reciente de recontractación solo si han pasado más de 13 semanas consecutivas desde la última vez que se le computó al Empleado una Hora de servicio para el Empleador (o para cualquier organización o compañía asociadas que deben tratarse como si fueran el mismo Empleador, conforme a la sección 4980H del Código de Impuestos Internos).

Persona con inscripción tardía se refiere a un Empleado o Dependiente que cumple con los requisitos, pero que no solicitan la cobertura conforme al Plan durante el período de inscripción original de 31 días. Una persona inscrita durante un período de inscripción especial no se considera una Persona con inscripción tardía.

Persona cubierta se refiere, en forma individual, a un Empleado cubierto y a cada uno de sus Dependientes cubiertos por el Plan.

Persona inscrita especial se refiere a un Empleado o Dependiente que cumplen con los requisitos y que no eligen cobertura conforme a este Plan durante el período de inscripción original de 31 días, sino que se inscriben en el Plan más adelante debido a un Evento de inscripción especial.

Plan se refiere a Club Corp USA, Inc. DBA Invited SimplePay Health Plan.

Proveedor no participante se refiere a un profesional o centro de cuidado de salud que no tiene contrato directo con el Plan o con una entidad contratada en nombre del Plan para brindar servicios de cuidado de salud a las personas inscritas en el Plan.

Proveedor participante se refiere a un profesional o centro de cuidado de salud que tiene contrato directo con el Plan o con una entidad contratada en nombre del Plan para brindar servicios de cuidado de salud a las personas inscritas en el Plan.

Realizado se refiere a la fecha en que se presta el servicio o se obtiene el suministro. Con respecto a un tratamiento o procedimiento que incluye varios pasos o fases de tratamiento, los gastos son Realizados para varios pasos o fases a medida que se brindan los servicios relacionados con cada paso y no cuando se prestan los servicios relacionados con el paso o la fase iniciales. Más específicamente, los Gastos cubiertos por todo el procedimiento o tratamiento no son Realizados en el comienzo de la primera etapa del procedimiento o tratamiento.

Servicios de emergencia se refiere al tratamiento suministrado en la sala de emergencias de un Hospital por una Enfermedad de emergencia. Incluye la evaluación de una Enfermedad de emergencia y el tratamiento para estabilizarla.

Terapia de mantenimiento se refiere a los servicios médicos y no médicos relacionados con la salud, cuyo fin no es curar, o que son brindados durante períodos en los cuales la enfermedad del paciente está estable o no requiere administración continuada del personal médico.

Trastorno mental se refiere a cualquier afección o Enfermedad, independientemente de que la causa sea orgánica o no, clasificada como un Trastorno mental en la edición más actualizada de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Trastorno por abuso de sustancias se refiere a cualquier enfermedad o afección clasificadas como un Trastorno por abuso de sustancias en la edición más actualizada de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Tratamiento de ortodoncia se refiere a un movimiento correctivo de los dientes para tratar una maloclusión incapacitante de la boca.

Tutor legal se define en la sección "Requisitos para la participación" del Plan.

Unidad de cuidados intensivos se refiere a un área de servicio independiente, claramente designada, que un Hospital mantiene en sus instalaciones con el único fin de brindar cuidado y tratamiento a pacientes en estado grave. Esto también comprende la unidad de cuidado coronario o la unidad de cuidado agudo. Esta unidad cuenta con lo siguiente: (1) instalaciones para cuidado de enfermería especializado no disponible en salas y unidades comunes del Hospital; (2) equipo especial para salvar vidas, el cual está disponible de inmediato en todo momento; (3) como mínimo, dos camas para recibir a pacientes con enfermedades graves; y (4) por lo menos, un enfermero registrado en guardia constante y permanente las 24 horas del día.

USERRA se refiere a la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 y sus ocasionales enmiendas.

ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

Delegación de responsabilidad

El Patrocinador del Plan es un fiduciario designado del Plan, con total autoridad discrecional para controlar y administrar las operaciones y el manejo del Plan. El Patrocinador del Plan puede delegar las responsabilidades fiduciarias y de otra índole a cualquier persona o entidad. Cualquier persona en quien se deposite cualquier responsabilidad puede ejercer más de una función fiduciaria con respecto al Plan y puede ser participante del Plan.

Autoridad para tomar decisiones

El Plan es administrado por el Administrador del Plan conforme a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA). El Administrador del Plan ha contratado a un Administrador externo para que brinde determinados servicios administrativos y de procesamiento de reclamos. Cualquier persona o entidad pueden ser designadas por el Patrocinador del Plan para ser el Administrador del Plan y proveer servicios en función de las necesidades del Patrocinador del Plan. Si el Administrador del Plan renuncia, fallece, no está en condiciones de ejercer su función, es desvinculado o removido de su puesto, el Patrocinador del Plan deberá designar a un nuevo Administrador tan pronto como sea razonablemente posible.

El Administrador del Plan gestionará este Plan de acuerdo con sus términos y establecerá sus políticas, interpretaciones, prácticas y procedimientos. Es la intención expresa de este Plan que el Administrador del Plan tenga la máxima autoridad legal discrecional para interpretar y definir los términos y las disposiciones del Plan, para tomar determinaciones respecto de los problemas relacionados con el cumplimiento de requisitos a fin de obtener beneficios (incluida la determinación de qué servicios, suministros, cuidado y tratamientos son Experimentales o están en Investigación), para decidir en conflictos que puedan surgir en relación con sus derechos o los de sus Dependientes y para resolver preguntas de interpretación del Plan y aquellas de hecho y de derecho relacionadas con el Plan. Las decisiones del Administrador del Plan respecto de los hechos relacionados con cualquier reclamo de beneficios y el significado y propósito de cualquier disposición del Plan o su aplicación a cualquier reclamo recibirán la deferencia máxima otorgada por la ley y serán finales y vinculantes para todas las partes interesadas. Los beneficios conforme a este Plan se pagarán únicamente si el Administrador del Plan decide, a su criterio, que usted o sus Dependientes tienen derecho a ellos.

Las responsabilidades del Administrador del Plan incluyen lo siguiente:

- (1) Administrar el Plan de acuerdo con sus términos.
- (2) Determinar todas las cuestiones relacionadas con el cumplimiento de requisitos, el estado y la cobertura conforme al Plan.
- (3) Analizar el Plan, incluida la autoridad para interpretar posibles ambigüedades, incoherencias, omisiones y términos en conflicto.
- (4) Llegar a conclusiones fácticas.
- (5) Decidir en conflictos que puedan surgir en relación con los derechos de una Persona cubierta.
- (6) Indicar cuáles son los procedimientos para presentar un reclamo de beneficios, revisar denegaciones de reclamos y apelaciones relacionadas con estos y confirmar o revertir dichas denegaciones; o, en caso contrario, nombrar a un administrador que reúna los requisitos para desarrollar estas tareas en nombre del Administrador del Plan.
- (7) Llevar y mantener los documentos del Plan y cualquier otro registro relacionado con el Plan.
- (8) Designar y supervisar a un Administrador externo para que pague reclamos.
- (9) Elaborar todos los informes necesarios según lo requiere la ley estatal o federal.
- (10) Establecer y comunicar procedimientos para determinar si una orden o decreto de manutención de menores es una orden judicial autorizada de manutención médica de hijos.
- (11) Delegar en cualquier persona o entidad dichos poderes, responsabilidades y tareas según lo considere necesario.
- (12) Llevar a cabo todas las funciones necesarias para la administración del Plan o en relación con esta.

Enmienda o terminación del Plan

El Patrocinador del Plan espera mantener este Plan indefinidamente; sin embargo, el Patrocinador del Plan puede, a su exclusivo criterio y en cualquier momento, enmendar, suspender o dar por finalizado el Plan, ya sea parcial o totalmente.

Cualquier enmienda, suspensión o terminación de estas características se llevará a cabo e implementará de acuerdo con la ley federal y estatal aplicable, y con cualquier documento vigente que corresponda.

Si finaliza el Plan, los derechos de las Personas cubiertas están limitados a los gastos Realizados antes de la terminación. Todas las enmiendas a este Plan entrarán en vigor a partir de la fecha establecida por el Patrocinador del Plan.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Asignación de beneficios

Ningún beneficio del Plan estará sujeto de ninguna manera a anticipación, alienación, venta, transferencia, asignación, prenda, gravamen o cargo, y cualquier intento de hacerlo carecerá de validez. Ningún beneficio del Plan estará sujeto ni dará lugar a deudas, contratos, responsabilidades, obligaciones financieras o responsabilidades extracontractuales de ninguna persona.

A pesar de lo dispuesto anteriormente, el Plan respetará cualquier orden judicial autorizada de manutención médica de hijos (QMCSO) que exige la cobertura del Plan para un beneficiario alternativo, de la manera descrita en la sección 609(a) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados y en los procedimientos de la QMCSO del Plan.

Error administrativo

Los errores administrativos en los registros del Plan y las demoras en las anotaciones en dichos registros no invalidarán la cobertura ni causarán que la cobertura entre en vigor o continúe vigente. En cambio, las fechas de entrada en vigor de la cobertura se determinarán únicamente de acuerdo con las disposiciones de este Plan, independientemente de si se ha hecho o se ha dejado de hacer cualquier contribución relacionada con usted o sus Dependientes debido a errores o demoras. Una vez que se descubran dichos errores o demoras, se realizará un ajuste equitativo de dichas contribuciones.

Conformidad con las leyes correspondientes

Este Plan se considerará automáticamente enmendado para cumplir con cualquier ley o reglamentación requerida correspondiente, o con cualquier orden o sentencia de un tribunal con jurisdicción competente que rija las disposiciones de este Plan, incluidas, entre otras, las de máximos definidos, exclusiones o limitaciones. En caso de que ninguna ley, reglamentación u orden o sentencia de un tribunal con jurisdicción competente obligue al Administrador del Plan a pagar reclamos que de otro modo están limitados o excluidos conforme a este Plan, se considerará que dichos pagos son coherentes con los términos del Plan. Se pretende que el Plan cumpla con los requisitos de cualquier ley estatal o federal correspondiente.

Costo del Plan

El Patrocinador del Plan es responsable de la financiación del Plan y llevará a cabo esta tarea según lo exige la ley. En la medida en que lo permita la ley, el Patrocinador del Plan tiene la libertad de determinar la manera y los medios de financiación del Plan, incluido, entre otros, el pago de gastos del Plan con los activos generales del Empleador. Si corresponde, los activos generales del Empleador se utilizarán para pagar una evaluación biométrica a fin de determinar los factores de riesgo de salud asociados con un programa de bienestar. Ocasionalmente, el Patrocinador del Plan determinará, a su exclusivo criterio, el monto de la contribución (si existiera) para la cobertura del Empleado o de sus Dependientes.

Interpretación de este documento

El uso de los pronombres masculinos en este Plan se aplicará a personas de ambos sexos, a menos que el contexto indique claramente lo contrario. Los títulos utilizados en este Plan se emplean únicamente a modo de referencia. Se les recomienda a usted y sus Dependientes no basarse en ninguna disposición solo por lo que se menciona en el título de la sección.

El uso de las palabras “usted” o “suyo/a” a lo largo de este documento se refiere a Empleados que cumplen con los requisitos o cubiertos y, cuando corresponda, a sus Dependientes cubiertos.

Cobertura esencial mínima

Consulte el *Resumen de beneficios y cobertura (SBC)* del Empleador para determinar si el Plan brinda “cobertura esencial mínima” según su significado en la sección 5000A(f) del Código de Impuestos Internos y cualquier regulación o directriz complementarias, y si ofrece “valor mínimo” según su significado en la sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código y cualquier regulación o directriz complementarias (p. ej., el Plan ofrece por lo menos un 60 % de valor actuarial).

No es un contrato de empleo

Este Plan y cualquier enmienda constituyen los términos y las disposiciones de cobertura conforme a este Plan. No se considerará que este Plan constituye un contrato de ningún tipo entre el Empleador y ninguna persona; tampoco es una consideración, inducción o condición de empleo de ningún Empleado. No debe considerarse que alguna parte de este Plan otorga a algún Empleado el derecho a ser contratado para brindar servicio al Empleador ni interfiere en el derecho del Empleador a despedir a cualquier Empleado en cualquier momento.

Divulgación de información

A los efectos de determinar la aplicabilidad e implementación de los términos de estos beneficios, el Administrador del Plan puede, sin el consentimiento de ninguna persona y sin notificar a nadie, divulgar u obtener cualquier información necesaria para determinar la aceptabilidad de cualquier solicitante o persona cubierta para los beneficios de este Plan. Al actuar en su capacidad como tal, el Administrador del Plan estará libre de cualquier responsabilidad que pueda surgir en relación con dicha acción; sin embargo, el Administrador del Plan cumplirá en todo momento con las normas de privacidad correspondientes. Cualquier Persona cubierta que reclame beneficios conforme a este Plan suministrará al Plan dicha información mientras sea necesaria para implementar esta disposición.

Indemnización a trabajadores

Este Plan excluye la cobertura de cualquier Lesión o Enfermedad que cumplan con los requisitos para la cobertura conforme a cualquier política o ley de indemnización a trabajadores, independientemente de la fecha de aparición de dicha Lesión o Enfermedad. No obstante, si los beneficios son pagados por el Plan y más adelante se determina que recibió o cumple con los requisitos para recibir cobertura de indemnización a trabajadores por la misma Lesión o Enfermedad, el Plan tiene derecho a la recuperación total de los beneficios que haya pagado. Esta exclusión se aplica a los gastos pasados y futuros por la Lesión o Enfermedad, independientemente del monto o los términos de cualquier acuerdo que usted reciba de la indemnización a trabajadores. El Plan ejercerá su derecho a ser resarcido por usted. El Plan se reserva el derecho a ejercer sus derechos conforme a esta sección y a la sección "Recuperación de pagos", a pesar de lo siguiente:

- (1) Los beneficios de indemnización a trabajadores estén en disputa o se realicen por medio de un acuerdo o compromiso.
- (2) No se tome una determinación final que establezca que la Lesión o Enfermedad tuvo lugar en el transcurso de su empleo, o como resultado de este.
- (3) Usted o la compañía de seguros a cargo de la indemnización a trabajadores no definan ni lleguen a un acuerdo en relación con el monto de los beneficios de indemnización a trabajadores, específicamente por gastos de cuidado de salud.
- (4) Los gastos de cuidado de salud estén específicamente excluidos del acuerdo o compromiso de indemnización a trabajadores.

Usted debe notificar al Administrador del Plan inmediatamente cuando presente un reclamo para cobertura conforme a la indemnización a trabajadores si se presenta o se ha presentado a este Plan un reclamo por la misma Lesión o Enfermedad. No hacerlo o no reembolsar al Plan por cualquier gasto que haya pagado por el cual la cobertura está disponible a través de la indemnización a trabajadores se considerará un reclamo fraudulento, y usted estará sujeto a todos los recursos disponibles para el Plan de recuperación y acción disciplinaria.

DECLARACIÓN DE DERECHOS CONFORME A LA ERISA

Como Persona cubierta por el Plan, usted y sus Dependientes tienen ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA). La ERISA estipula que usted y sus Dependientes que cumplen con los requisitos tienen derecho a lo siguiente:

Recibir información sobre su Plan y sus beneficios

Consultar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros sitios especificados, como lugares de trabajo, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos contratos de seguros (si hubiera) y copias del último informe anual (forma 5500) que presenta el Plan al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y se encuentra disponible en la sala de divulgación pública de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado.

Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el Plan, incluidos contratos de seguros (si hubiera), copias del último informe anual (forma 5500) y una *Descripción resumida del plan* actualizada. El Administrador del Plan puede cobrar un cargo razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. Por ley, el Administrador del Plan debe proporcionar a cada Persona cubierta una copia de este informe anual resumido.

Continuar la cobertura del plan de salud de grupo

Continuar la cobertura de cuidado de salud para usted, su Cónyuge o sus Dependientes si se produce la pérdida de la cobertura del Plan como consecuencia de un hecho condicionante. Es posible que usted o sus Dependientes deban pagar dicha cobertura. Revise esta *Descripción resumida del plan* y los documentos que lo rigen para obtener información sobre las normas que regulan sus derechos de cobertura de continuación conforme a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria.

Exigir acciones prudentes de parte de los fiduciarios del Plan

Además de establecer derechos para las Personas cubiertas, la ERISA impone obligaciones a los responsables del funcionamiento del Plan. Quienes manejan su Plan, llamados “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de hacerlo de manera prudente, por su bien y por el de las demás Personas cubiertas y beneficiarios. Nadie, incluido su Empleador, puede despedirlo ni tampoco discriminarlo de ningún modo para impedirle tener acceso a un beneficio de asistencia social o ejercer sus derechos en virtud de la ERISA.

Hacer respetar sus derechos

Si su reclamo de un beneficio de asistencia social es rechazado o ignorado parcial o totalmente, usted tiene derecho a conocer los motivos del rechazo, a recibir sin cargo copias de los documentos relacionados con la decisión y a apelar cualquier rechazo, siempre dentro de ciertos plazos.

Según lo establecido por la ERISA, puede tomar algunas medidas para hacer respetar estos derechos. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual y no la recibe dentro de los 30 días, puede iniciar una demanda en un tribunal federal. En ese caso, el tribunal puede exigir al Administrador del Plan que proporcione los materiales y que pague una multa diaria hasta alcanzar el monto máximo legal y recibir los materiales, a menos que estos no hayan sido enviados por razones que escapen al control del Administrador del Plan. Si usted tiene un reclamo de beneficios que se rechaza o ignora, parcial o totalmente, puede iniciar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o si no se toma una decisión en relación con una orden calificada de relaciones domésticas, una orden judicial de manutención médica de hijos o una orden nacional de manutención médica, puede iniciar una demanda ante un tribunal federal. Si llegara a suceder que los fiduciarios del Plan hiciesen mal uso del dinero del Plan o si usted fuese discriminado por hacer respetar sus derechos, puede solicitar ayuda en el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o iniciar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar las costas y los honorarios legales. Si el fallo resulta favorable para usted, el tribunal puede ordenar que la persona a quien usted demandó pague las costas y los honorarios. Si el fallo resulta desfavorable para usted, el tribunal puede ordenarle que pague las costas y los honorarios, por ejemplo, si considera que su reclamo es trivial.

Recibir respuesta a sus preguntas

Si tiene preguntas sobre el Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan. Si tiene preguntas sobre esta declaración o sobre sus derechos conforme a la ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del Administrador del Plan, póngase en contacto con la oficina más cercana de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, que figura en su directorio telefónico. También puede comunicarse con la División de Asistencia Técnica y Consultas de dicha administración, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener algunas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades conforme a la ERISA comunicándose con la línea directa de publicaciones de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado.

POLÍTICAS DE PRIVACIDAD CONFORME A LA HIPAA

La siguiente es una descripción de ciertas reglas que se aplican al Administrador del Plan respecto del uso y la divulgación de su información de salud.

Divulgación de información de salud resumida al Patrocinador del Plan

De acuerdo con las normas de privacidad de la información de salud de identificación personal conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) (las “normas de privacidad”), el Plan puede divulgar información de salud resumida al Patrocinador del Plan, si el Patrocinador del Plan la solicita con los siguientes fines:

- (1) Obtener cotizaciones de primas de planes de salud para brindar cobertura de seguro de salud conforme a este Plan.
- (2) Modificar, enmendar o terminar el Plan.

“Información de salud resumida” es información que puede incluir información de salud de identificación personal que resume los antecedentes de reclamos, los gastos de reclamos o el tipo de reclamo presentado por las personas inscritas en el Plan. No incluye todos los identificadores que deben ser eliminados para que la información no permita la identificación de la persona, salvo que pueda contener información geográfica en la medida en que se incluya el código postal de cinco dígitos.

Divulgación de información protegida de salud al Administrador del Plan con fines relacionados con la administración del Plan

Salvo en los casos descritos en “Divulgación de información de salud resumida al Patrocinador del Plan” más arriba o en “Divulgación de información de inscripción al Patrocinador del Plan” más abajo, o conforme a los términos de una autorización individual correspondiente, el Plan puede divulgar la información protegida de salud al Patrocinador del Plan y puede permitir la divulgación de esta información por una compañía de seguros o una organización para el mantenimiento de la salud respecto del Plan al Patrocinador del Plan únicamente si este la solicita para administrar el Plan. El Patrocinador del Plan, al aceptar formalmente este documento del Plan, certifica que acuerda lo siguiente:

- (1) No utilizar ni divulgar información protegida de salud de otra manera ni en mayor medida que las permitidas o requeridas por el Plan o la ley.
- (2) Asegurarse de que cualquier agente a quien el Patrocinador del Plan le suministra la información protegida de salud recibida del Plan acuerde registrarse por las mismas restricciones y condiciones que aplican al Patrocinador del Plan respecto de dicha información.
- (3) No utilizar ni divulgar información protegida de salud para acciones y decisiones relacionadas con el empleo ni con ningún otro beneficio o plan de beneficios de empleados del Patrocinador del Plan.
- (4) Informar al Plan cualquier uso o divulgación de información protegida de salud que no sea coherente con el uso o la divulgación dispuestos de los que pueda tomar conocimiento.
- (5) Poner a disposición información protegida de salud de acuerdo con la sección 164.524 de las normas de privacidad.
- (6) Poner a disposición información protegida de salud para que sea enmendada e incorporar enmiendas a esta de acuerdo con la sección 164.526 de las normas de privacidad.
- (7) Poner a disposición la información requerida para brindar una exposición de las divulgaciones de acuerdo con la sección 164.528 de las normas de privacidad.
- (8) Poner a disposición del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos las prácticas internas, los registros y los libros relacionados con el uso y la divulgación de información protegida de salud recibida del Plan a fin de establecer el cumplimiento por parte del Plan de la subparte E, parte 164 de las normas de privacidad.
- (9) Si es posible, devolver o destruir toda la información protegida de salud recibida del Plan que el Patrocinador del Plan todavía mantenga en cualquier forma, y abstenerse de retener copias de dicha información cuando ya no sean necesarias para el propósito de divulgación que debía cumplirse, salvo que, si dicha devolución o destrucción no sea posible, se limiten el uso o la divulgación adicionales a aquellos propósitos que hagan que la devolución o destrucción de información protegida de salud no sea posible.

(10) Asegurarse de que se mantenga una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan, según lo estipulado en la sección 164.504(f)(2)(iii) de las normas de privacidad de la siguiente manera:

- (a) El Patrocinador del Plan solo les permitirá el acceso a la PHI a ciertos empleados o clases de empleados designados, o a otras personas que se encuentran bajo el control del Patrocinador del Plan y que han sido designadas para ejercer funciones de administración del Plan. El Patrocinador del Plan llevará una lista de esas personas, la cual luego se incorporará en este documento a modo de referencia. El uso y acceso a información protegida de salud que lleven a cabo estas personas estarán restringidos a las funciones de administración del Plan que el Administrador del Plan lleve a cabo.
- (b) En caso de que alguna de las personas descritas en (a) más arriba no cumpla con las disposiciones relacionadas con los documentos del Plan asociadas al uso y a la divulgación de información protegida de salud, el Administrador del Plan, a su criterio, impondrá sanciones razonables, según sea necesario. Estas sanciones se impondrán de manera progresiva (por ejemplo, una advertencia oral, una advertencia por escrito, suspensión sin paga y despido) si es apropiado, y las sanciones se impondrán en proporción a la gravedad de la infracción.

Las actividades de “administración del plan” se limitan a aquellas relacionadas con la definición de pago u operaciones de cuidado de salud, pero no incluyen funciones de modificación, enmienda o terminación del Plan o solicitud de cotizaciones de posibles emisores. Las funciones de “administración del plan” incluyen garantía de calidad, procesamiento de reclamos, auditorías, supervisión y manejo de planes excluidos, como el de la vista o el dental. No incluye ninguna función relacionada con el empleo o con ningún otro beneficio o plan de beneficios.

El Plan divulgará información protegida de salud al Patrocinador del Plan solo cuando haya recibido una certificación del Patrocinador del Plan que demuestre lo siguiente:

- (1) Que los documentos del Plan han sido enmendados para incorporar las disposiciones anteriores.
- (2) Que el Patrocinador del Plan acepta cumplir con dichas disposiciones.

Divulgación de información de inscripción al Patrocinador del Plan

De acuerdo con la sección 164.504(f)(1)(iii) de las normas de privacidad, el Plan puede divulgar al Patrocinador del Plan información sobre si una persona participa en el Plan o si se ha inscrito o ha solicitado la baja de un emisor de seguro de salud u organización para el mantenimiento de la salud que se ofrece conforme al Plan.

Divulgación de información protegida de salud para obtener cobertura de pérdida limitada o exceso de siniestralidad; divulgación de Información genética

Excepto que se disponga lo contrario más abajo, por el presente documento el Patrocinador del Plan autoriza e indica al Plan, a través del Administrador del Plan o el Administrador externo, a divulgar información protegida de salud a compañías de seguros de pérdida limitada o de exceso de siniestralidad o a agentes gestores de seguros con fines de evaluación de riesgos y mantenimiento de cobertura de pérdida limitada o exceso de siniestralidad relacionados con reclamos de beneficios conforme al Plan. Dicha divulgación se llevará a cabo de acuerdo con las normas de privacidad.

El Plan no utilizará ni divulgará la Información genética, incluida la información sobre exámenes genéticos y la historia clínica familiar, para fines de evaluación de riesgos. El Plan puede utilizar o divulgar información protegida de salud para fines de evaluación de riesgos, siempre que el uso y la divulgación estén de otra manera permitidos por las normas de privacidad y otras leyes aplicables, pero dicho uso y divulgación para fines de evaluación de riesgos no incluirá Información genética.

“Fines de evaluación de riesgos” se define a estos efectos según la ley federal y, por lo general, incluye cualquier regla del Plan relacionada con (1) el cumplimiento de requisitos para obtener beneficios conforme al Plan (incluidos cambios en los deducibles u otros requerimientos de costo compartido a cambio de actividades, como completar una evaluación de riesgos de salud o participar en un programa de bienestar); (2) el cómputo de montos de primas o contribuciones conforme al Plan (incluidos descuentos o pagos, o diferencias en las primas por actividades como completar una evaluación de riesgos de salud o participar en un programa de bienestar); y (3) otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguro de salud o beneficios de salud. Sin embargo, “fines de evaluación de riesgos” no incluye reglas relacionadas con la determinación de si un gasto o reclamo en particular es médicamente adecuado o no.

PRÁCTICAS DE SEGURIDAD CONFORME A LA HIPAA

Divulgación de información protegida de salud electrónica al Patrocinador del Plan con fines administrativos

De acuerdo con los estándares para la seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) ("estándares de seguridad"), para que el Patrocinador del Plan pueda recibir y utilizar información protegida de salud electrónica con fines administrativos del Plan (según se define en el título 45, sección 164.504[a] del Código de Regulaciones Federales), el Patrocinador del Plan acepta lo siguiente:

- (1) Implementar y mantener medidas de protección administrativas, físicas y técnicas para proteger razonable y adecuadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información protegida de salud electrónica que se crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del Plan.
- (2) Asegurarse de que se mantenga una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan, según lo estipulado en el título 45, sección 164.504(f)(2)(iii) del Código de Regulaciones Federales, con medidas de seguridad razonables y apropiadas.
- (3) Asegurarse de que cualquier agente, incluido cualquier socio comercial o un subcontratista, a quien el Patrocinador del Plan le brinde información protegida de salud electrónica creada, recibida, mantenida o transmitida en nombre del Plan, acepte implementar medidas de seguridad razonables y adecuadas para proteger información protegida de salud electrónica.
- (4) Informar al Plan cualquier incidente de seguridad del que tome conocimiento.
- (5) El Patrocinador del Plan informará de inmediato al Plan cualquier infracción de seguridad en la información protegida de salud de la que tome conocimiento, de manera que facilite el cumplimiento del Plan de los requerimientos de informe de violaciones de la Ley de Tecnología de la Información Sanitaria para la Salud Económica y Clínica basados en reglamentaciones u otras pautas correspondientes emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Cualquier término que no esté definido en esta sección tendrá el significado establecido en la sección sobre estándares de seguridad.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

Nombre del plan:	Club Corp USA, Inc. DBA Invited SimplePay Health Plan
Patrocinador del Plan: (Fiduciario designado)	Club Corp USA, Inc. DBA Invited 5221 N. O'Connor Blvd Suite #300 Irving, TX 75039 (814) 772-3850
Administrador del Plan:	Club Corp USA, Inc. DBA Invited 5221 N. O'Connor Blvd Suite #300 Irving, TX 75039 (814) 772-3850
N.º de identificación de Empleador del Patrocinador del Plan:	75-2114856
Año del Plan:	Del 1.º de enero al 31 de diciembre.
N.º de Plan:	501
N.º de grupo de Meritain Health, Inc.:	20422
Tipo de Plan:	Plan de beneficios de asistencia social que brinda beneficios médicos y de Medicamentos con receta.
Financiamiento del Plan:	Todos los beneficios se pagan con los activos generales del Empleador.
Contribuciones:	El costo de la cobertura conforme al Plan es financiado, en parte, por las contribuciones del Empleador y, en parte, por las de los Empleados.
Administrador Externo:	Meritain Health, Inc. P.O. Box 853921 Richardson, TX 75085-3921 (800) 925-2272
Administrador conforme a la COBRA:	Taxsaver 4925 Greenville Avenue, Suite 1300 Dallas, TX 75206 https://www.taxsaverplan.com/about/cobra-administration/
Administrador del Programa de Administración Médica:	Meritain Health Medical Management 7400 West Campus Road, F-510 New Albany, OH 43054-8725 (800) 242-1199
Administrador del Programa Teladoc:	Teladoc, Inc. 1945 Lakepointe Drive Lewisville, TX 75057 (800) 835-2362 www.teladoc.com
Administrador del Programa de Tarjetas para Medicamentos con Receta:	Scrip World, LLC/CVS Caremark P.O. Box 52136 Phoenix, AZ 85072-2136 (866) 475-7589 www.caremark.com

**Agente de recepción de
notificaciones legales:**

Club Corp USA, Inc. DBA Invited
5221 N. O'Connor Blvd Suite #300
Irving, TX 75039
(814) 772-3850

El Plan es una entidad legal. Las notificaciones sobre procesos legales pueden entregarse al Administrador del Plan.