

---

# ***UNITED TEAMSTER FUND***



## ***RESUMEN DE LA DESCRIPCION DEL PLAN***

***En Vigor Desde***

***May 1, 2014***

---

1 de Mayo del 2014

La Junta Directiva (los "Administradores") se complace en proveerle este resumen actualizado de los beneficios disponibles en United Teamster Fund (mencionado en este folleto como el "Fondo").

Estos beneficios incluyen:

- **Beneficios Médicos y Hospital,**
- **Beneficios de Medicamentos Recetados,**
- **Beneficios de la Visión,**
- **Beneficios Dentales,**
- **Seguro de Vida, y**
- **Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental.**

Debe usar este manual para informarse de:

- **quién es elegible para la cobertura,**
- **los tipos de beneficios que se proporcionan, las limitaciones de esos beneficios y los requisitos de costo-compartido,**
- **como hacer una solicitud de beneficios, y**
- **a quien contactar para más información.**

Este folleto proporciona una descripción, escrita en lenguaje cotidiano de las disposiciones en vigor a partir del 1 de Mayo del 2014. Este folleto constituye una descripción resumida del plan o "SPD" siglas en inglés. Por favor tenga toda esta información en un lugar conveniente, donde las tendrá para futuras consultas y pueda compartir con su familia. Este SPD sirve como el Documento del Plan y Resumen de la Descripción Plan.

El Fondo cree que no es un "plan de salud protegido "grandfathered" bajo la Ley de Cuidado Asequible y Protección del Paciente ("Ley del Cuidado Asequible"). El Fondo no es un plan de salud protegido porque no ha conservado cierta cobertura de salud básica que estaba en efecto cuando se promulgó la Ley del Cuidado Asequible. No siendo un plan de salud protegido significa que el Fondo tiene que incluir cierta protección al consumidor de la Ley del Cuidado Asequible, por ejemplo, el requisito para proporcionar servicios de salud preventiva sin ningún costo compartido.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el Fondo o sus beneficios, por favor póngase en contacto con la Oficina del Fondo al (718) 859-1624, (718) 842-1212 o (732) 882-1901.

Atentamente,

Junta Directiva

# UNITED TEAMSTER FUND

## OFICINAS

2137-2147 Utica Avenue  
Brooklyn, NY 11234  
(718) 859-1624

Hunts Point Terminal Market  
9A, Building B  
Bronx, NY 10474  
(718) 842-1212

1308 Pierce Street  
Rahway, NJ 07065  
(732) 882-1901

## JUNTA DIRECTIVA Y ADMINISTRADORES DEL FONDO

| <b>Administración del Sindicato</b>   | <b>Administración del Empleador</b>   |
|---|---|
| Daniel J. Kane, Jr., Presidente<br>Local 202, I.B. of T.<br>12A Hunts Point Terminal Market<br>Bronx, NY 10474    | Vincent Pacifico<br>Vista Food Exchange, Inc.<br>B101 Hunts Point Terminal Market<br>Bronx, NY 10474      |
| Charles Machado, Vicepresidente<br>Local 202, I.B. of T.<br>12A Hunts Point Terminal Market<br>Bronx, NY 10474    | Myra Gordon<br>Hunts Points Terminal Produce Coop.<br>103A Hunts Point Terminal Market<br>Bronx, NY 10474 |
| Roger Marino, Secretario Tesorero.<br>Local 202, I.B. of T.<br>12A Hunts Point Terminal Market<br>Bronx, NY 10474 | Andrew Roy<br>S. Katzman Produce, Inc.<br>153-157 Row A<br>Hunts Point Market<br>Bronx, NY 10474          |

## **PROFESIONALES**

### **Contadores**

**Steinberg, Steckler & Picciurro  
462 Seventh Avenue  
New York, NY 10018  
Teléfono (212) 695-1300**

### **Co-Defensores**

**Cary Kane LLP  
1350 Broadway, Ste 1400  
Nueva York, NY 10018  
Teléfono (212) 868-6300**

### **Co-Defensores**

***Madon Malin LLP*  
50 Main Street, Suite 1000  
White Plains, N.Y. 10606  
Teléfono (212) 759-9740**

### **Consultores y Actuarios**

**O'Sullivan Associates  
1236 Brace Road, Unit E  
Cherry Hill, NJ 08034  
Teléfono (856) 795-7777**

# TABLA DE CONTENIDO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>GLOSARIO</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>SUS BENEFICIOS A LA VISTA</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>RESUMEN DE BENEFICIOS</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN</b> .....   | <b>18</b> |
| ELEGIBILIDAD .....  | 18        |
| CUANDO SE INICIA LA COBERTURA .....   | 18        |
| POR CUANTO TIEMPO CONTINUA LA COBERTURA .....   | 18        |
| COBERTURA DE DEPENDIENTES .....   | 18        |
| DEPENDIENTES RECIÉN ADQUIRIDOS .....  | 19        |
| APOYO MEDICO .....  | 20        |
| CUANDO LA COBERTURA TERMINA .....   | 20        |
| CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DURANTE CIERTAS AUSENCIAS .....  | 21        |
| LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA .....  | 21        |
| LICENCIA MILITAR .....  | 22        |
| CONTINUACIÓN DE CUIDADO DE SALUD BAJO COBRA .....   | 24        |
| EVENTOS CLASIFICADOS DE COBRA .....   | 24        |
| NIÑOS RECIÉN NACIDOS Y ADOPTADOS .....  | 25        |
| VARIOS EVENTOS DE CALIFICACIÓN .....  | 25        |
| CUANDO SU EMPLEADOR DEBE NOTIFICAR A LA OFICINA DEL FONDO .....   | 25        |
| CUANDO USTED O SU BENEFICIARIO DEBE NOTIFICAR A LA OFICINA DEL FONDO .....  | 26        |
| CUANDO SE DEBE ENVIAR EL AVISO .....  | 27        |
| ELEGIR LA COBERTURA BAJO COBRA .....  | 27        |
| PAGAR PARA LA COBERTURA BAJO COBRA .....  | 27        |
| CUANDO TERMINA LA COBERTURA BAJO COBRA .....  | 28        |
| SUS DERECHOS BAJO LA LEY DE PORTABILIDAD Y CONTINUIDAD DEL SEGURO DE SALUD DE 1996 (SIGLAS EN INGLÉS HIPAA) ..... | 28        |
| DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL .....  | 28        |
| DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD A LA JUNTA DIRECTIVA .....  | 29        |
| <b>BENEFICIOS MÉDICOS</b> .....   | <b>32</b> |
| VISIÓN GENERAL DE CÓMO LA COBERTURA TRABAJA .....   | 32        |
| LA RED DE PROVEEDORES DE CIGNA .....  | 32        |
| ENCONTRAR UN PROVEEDOR DE RED .....   | 32        |
| CÓMO ESTA CUBIERTO EL CUIDADO FUERA DE LA RED .....   | 33        |
| <b>BENEFICIOS DE HOSPITAL</b> .....   | <b>37</b> |
| BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS EN EL HOSPITAL .....   | 37        |
| COBERTURA EN EL HOSPITAL .....  | 38        |
| ATENCIÓN DE EMERGENCIA .....  | 38        |
| CIRUGÍA MENOR .....   | 38        |
| BENEFICIOS QUIRÚRGICOS .....  | 38        |
| LEY SOBRE LA SALUD DE LA MUJER Y DERECHOS DE CÁNCER DE 1998 .....   | 39        |
| PRUEBAS PREQUIRÚRGICAS .....  | 39        |
| ATENCIÓN DE MATERNIDAD .....  | 39        |
| LEY SOBRE LA PROTECCIÓN DE SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y MADRES DE 1996 .....                                     | 39        |
| ABORTO (INCLUYE PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS Y NO ELECTIVOS) .....  | 40        |
| CLÍNICAS DE HOSPITAL O CLÍNICAS INDEPENDIENTES .....  | 40        |
| AMBULANCIA .....  | 40        |
| EXCLUSIONES PARA BENEFICIOS DE HOSPITAL Y MÉDICO .....  | 40        |
| <b>CUIDADO PREVENTIVO Y OTROS BENEFICIOS MEDICOS</b> .....  | <b>44</b> |
| VISITAS AL CONSULTORIO .....  | 44        |

|  |           |
|--|-----------|
| CUIDADO DE LA MUJER .....  | 44        |
| EXAMEN FÍSICO ANUAL.....   | 44        |
| VACUNAS.....   | 44        |
| TERAPIA DE RADIACIÓN .....   | 44        |
| DIÁLISIS .....   | 44        |
| CUIDADO MÉDICO DOMICILIARIA .....  | 44        |
| ATENCIÓN EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA.....   | 45        |
| EXCLUSIONES PARA ATENCIÓN DE INSTALACIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA .....   | 46        |
| CUIDADO DE HOSPICIO .....  | 46        |
| SERVICIOS DE VISITAS POR ENFERMERA .....   | 47        |
| TERAPIA INYECTADA .....  | 47        |
| TRASTORNOS RUTINARIOS DEL PIE – SERVICIOS DE PODOLOGÍA.....  | 47        |
| SERVICIOS DE TERAPIA A CORTO PLAZO DE REHABILITACIÓN – TERAPIA AMBULATORIA FÍSICA, OCUPACIONAL, COGNITIVA, DEL<br>HABLA, PULMONAR, Y TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIACA..... | 48        |
| BENEFICIOS DE AUDICIÓN .....   | 48        |
| EQUIPO MÉDICO DURADERO .....   | 48        |
| DISPOSITIVOS Y APARATOS PROTÉSICOS EXTERNOS.....   | 49        |
| EQUIPO Y SUMINISTROS PARA LA LACTANCIA MATERNA.....  | 49        |
| SUMINISTROS DIABÉTICOS .....   | 50        |
| BENEFICIOS TMJ .....   | 50        |
| BENEFICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....   | 50        |
| BENEFICIOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA .....   | 50        |
| BENEFICIOS DE TRASPLANTE DE ÓRGANO .....   | 50        |
| BENEFICIOS PARA CUIDADO DENTAL LIMITADO .....  | 50        |
| BENEFICIOS ADICIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS .....   | 50        |
| CENTRO DE CUIDADO AMBULATORIO/EXTERNO.....   | 51        |
| BENEFICIOS DE SALUD MENTAL.....  | 51        |
| BENEFICIOS DE SALUD MENTAL ADMINISTRADOS POR CIGNA .....   | 51        |
| <i>Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados.....</i>  | 51        |
| <i>Servicios de Salud Mental Ambulatorios.....</i>   | 52        |
| <i>Exclusiones de Salud Mental .....</i>   | 52        |
| BENEFICIOS DE SALUD MENTAL ADMINISTRADOS POR EL FONDO .....  | 53        |
| BENEFICIOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS.....   | 53        |
| BENEFICIOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS ADMINISTRADOS POR CIGNA .....  | 53        |
| <i>Servicios de Rehabilitación de Abuso de Sustancias para Pacientes Hospitalizados.....</i>   | 53        |
| <i>Servicios Para Rehabilitación de Abuso de Sustancias Ambulatorios .....</i>   | 54        |
| <i>Exclusiones de Abuso de Sustancias.....</i>   | 55        |
| BENEFICIOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS ADMINISTRADOS POR EL FONDO.....  | 55        |
| <b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS.....</b>   | <b>56</b> |
| CÓMO FUNCIONA EL BENEFICIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS.....  | 56        |
| ¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS ESTÁN CUBIERTOS?.....   | 56        |
| POLÍTICA GENÉRICA OBLIGATORIA.....   | 56        |
| MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO ORDENADO POR CORREO .....  | 56        |
| RECARGAS PEDIDOS POR CORREO.....   | 57        |
| LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN .....   | 57        |
| CONTROL DE DIABETES.....   | 57        |
| RECLAMACIONES DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS.....   | 58        |
| <b>BENEFICIOS DE LA VISIÓN .....</b>   | <b>59</b> |
| CÓMO FUNCIONA .....  | 59        |
| LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO .....  | 59        |
| <b>BENEFICIOS DENTALES.....</b>  | <b>60</b> |
| <b>BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA.....</b>   | <b>61</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| SEGURO DE VIDA DEL PARTICIPANTE .....  | 61        |
| DESIGNACIÓN DE UN BENEFICIARIO .....   | 61        |
| SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTE .....  | 61        |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL SEGURO DE VIDA .....  | 61        |
| RECLAMACIONES DE BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA .....   | 62        |
| <b>BENEFICIOS POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL .....</b>  | <b>63</b> |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL.....  | 64        |
| RECLAMACIONES DE BENEFICIO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL .....   | 64        |
| <b>LIMITACIONES, EXCEPCIONES Y EXCLUSIONES GENERALES.....</b>  | <b>65</b> |
| MEDICAMENTOS EXPERIMENTALES Y PROCEDIMIENTOS .....   | 67        |
| EXCLUSIONES POR OPERACIÓN DE VEHÍCULO DE MOTOR .....   | 67        |
| <b>COORDINACIÓN DE BENEFICIOS .....</b>  | <b>69</b> |
| CUÁNDO Y CÓMO SE APLICA LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (SIGLAS EN INGLÉS "COB") .....   | 69        |
| NORMAS GENERALES.....  | 70        |
| REGLAS PARA LOS HIJOS DEPENDIENTES .....   | 70        |
| SI EL FONDO ES EL PLAN SECUNDARIO .....  | 71        |
| ADMINISTRACIÓN DEL COB.....  | 71        |
| REGLA ESPECIAL PARA MEDICAMENTOS RECETADOS .....   | 72        |
| COORDINACIÓN CON MEDICARE Y OTROS PLANES DEL GOBIERNO.....   | 72        |
| COORDINACIÓN CON EL SEGURO DE VEHÍCULO DE MOTOR .....  | 73        |
| <b>REEMBOLSO Y SUBROGACIÓN DE LOS BENEFICIOS.....</b>  | <b>75</b> |
| RECUPERACIÓN DE TERCEROS / SUBROGACIÓN .....   | 75        |
| RECOBRO .....  | 78        |
| <b>PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIONES .....</b>  | <b>80</b> |
| PROCEDIMIENTOS PARA RECLAMACIONES .....  | 80        |
| TIPOS DE RECLAMACIONES .....   | 80        |
| <i>Presentación De Una Solicitud de Beneficios .....</i>   | <i>81</i> |
| <i>Cuando Se Debe Presentar Los Reclamos.....</i>  | <i>82</i> |
| <i>Dónde Presentar Las Reclamaciones.....</i>  | <i>82</i> |
| <i>Representantes Autorizados .....</i>  | <i>82</i> |
| <i>Determinación De Las Reclamaciones de Beneficios.....</i>   | <i>83</i> |
| <i>Plazos Para Notificación De Reclamos De Beneficio Inicial.....</i>  | <i>83</i> |
| <i>Forma Y Contenido De La Notificación De Las Reclamaciones De Beneficios Inicial.....</i>                                  | <i>85</i> |
| RECLAMOS DE SEGURO DE VIDA, RECLAMOS DE SEGURO DE VIDA DE DEPENDIENTE Y RECLAMO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL ..... | 86        |
| PROCEDIMIENTOS DE APELACIONES .....  | 87        |
| <i>Presentar la apelación.....</i>   | <i>87</i> |
| <i>Revisión De La Apelación.....</i>   | <i>87</i> |
| <i>Plazos Para La Notificación De La Decisión Sobre Apelación .....</i>  | <i>88</i> |
| <i>Forma Y Contenido De La Notificación De La Decisión Sobre La Apelación .....</i>  | <i>89</i> |
| <i>Presentación De Una Demanda .....</i>   | <i>90</i> |
| <i>Procedimientos De Apelaciones Externas .....</i>  | <i>90</i> |
| <i>Disponibilidad de Apelación Externa.....</i>  | <i>90</i> |
| <i>Presentar Una Solicitud De Revisión Externa .....</i>   | <i>90</i> |
| <i>Requisitos Relativos A La Revisión Del IRO De La Demanda Externa .....</i>  | <i>91</i> |
| <i>Revocación De La Determinación Adversa De Beneficios.....</i>   | <i>91</i> |
| <i>Revisión Externa Acelerada .....</i>  | <i>92</i> |
| <b>INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE UNITED TEAMSTER FUND .....</b>   | <b>94</b> |
| NOMBRE DEL FONDO .....   | 94        |
| JUNTA DIRECTIVA.....   | 94        |

|  |            |
|--|------------|
| PATROCINADOR Y ADMINISTRADOR .....   | 95         |
| NÚMEROS DE IDENTIFICACIÓN .....  | 95         |
| AÑO DEL FONDO .....  | 95         |
| TIPO DE FONDO .....  | 95         |
| AGENTE PARA SERVICIO DE PROCESO LEGAL.....   | 95         |
| ACUERDO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA.....  | 95         |
| ORIGEN DE LAS CONTRIBUCIONES.....  | 96         |
| FONDO FIDUCIARIO .....   | 96         |
| IDENTIFICACIÓN DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS O ADMINISTRATIVAS.....  | 96         |
| PROCEDIMIENTOS DE ORDEN CALIFICADA DE APOYO MÉDICO DE NIÑO (SIGLAS EN INGLÉS "QMCSO).....  | 96         |
| AVISO IMPORTANTE CON RESPECTO A LA TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE SALUD POR CAUSA, INCLUYENDO FRAUDE O<br>TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL ..... | 97         |
| <b>SUS DERECHOS BAJO LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE EMPLEADOS DE 1974 ("ERISA")..</b>                                    | <b>98</b>  |
| RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE SU FONDO Y SUS BENEFICIOS .....  | 98         |
| COBERTURA CONTINUADA DE PLAN DE SALUD DE GRUPO .....   | 98         |
| ACCIONES PRUDENTES POR LOS FIDUCIARIOS.....  | 98         |
| HACER VALER SUS DERECHOS .....   | 98         |
| ASISTENCIA CON SUS PREGUNTAS.....  | 99         |
| <b>ORGANIZACIONES DE SALUD E INFORMACIÓN DE CONTACTO .....</b>   | <b>100</b> |

# GLOSARIO

Los siguientes términos tienen significados especiales para los fines del Fondo. Para ayudarle a entender en el contexto de nuestro Fondo, se le proporcionan las definiciones a continuación.

**COBRA-** Las siglas en inglés de la *Ley de Reconciliación de Presupuesto Ómnibus Consolidado de 1985*. Esta ley federal permite que usted y sus dependientes elegibles continúen la cobertura de salud con el Fondo por su propia cuenta, siempre que su cobertura sea terminada por razones específicas que se explican más adelante en este folleto.

**Coseguro-** El porcentaje de cargos para ciertos servicios cubiertos que usted está obligado a pagar después de que se haya alcanzado su deducible.

**Empleador Contribuyente-** Cualquier empleador que tiene un convenio colectivo con una Local participante de la Hermandad Internacional Teamsters y que requiere que se hagan contribuciones a este Fondo en nombre de empleados.

**Coordinación de Beneficios (siglas en inglés "COB")-** Si usted está cubierto por otro Fondo u otra cobertura, los pagos se coordinarán para que no más del 100% de sus gastos reales sea reembolsado. El Fondo sólo pagará por los gastos cubiertos y no pagará más de la cantidad que pagaría como si fuera primario. En otras palabras, el Fondo no pagará más de lo que normalmente cubriría bajo el Cargo Máximo Reembolsable.

**Copago-** La cantidad predeterminada de dinero que usted está obligado a pagar directamente a un proveedor participante en el momento que se prestan ciertos servicios cubiertos.

**Gastos Cubiertos o Servicios Cubiertos-** Los Gastos Cubiertos o Servicios Cubiertos incluyen los gastos cubiertos por el Fondo para el tratamiento, cuidado, servicios o suministros, pero sólo en la medida que:

- Son médicamente necesarios;
- No se excluye la cobertura bajo los términos del Fondo;
- El máximo del Fondo para esos servicios se ha alcanzado; y
- Los gastos corresponden al Cargo Máximo Reembolsable del Fondo (si es aplicable).

**Deducible-** La cantidad de los gastos que debe pagar de su bolsillo cada año del Fondo antes de que el Fondo comience a pagar su parte de la cantidad de coseguro aplicable. El deducible es pagadero solamente una vez en cada año del Fondo (cada 1 de Mayo hasta el 30 de Abril) y se limita a un máximo. Hay un deducible separado para servicios dentro y fuera-de-la red. El deducible puede no aplicarse a todos los servicios.

**Dependiente-** Un conyugue o hijo puede ser elegible para beneficios de cobertura mientras que usted es un participante del Fondo, si el nivel de contribución de su empleador califica para cobertura familiar. Un dependiente debe cumplir con los requisitos de elegibilidad para estar cubierto para beneficios.

**Gastos Elegibles-** Son gastos para servicios médicamente necesarios, tratamientos, procedimientos y suministros médicos que usted incurre en relación con el tratamiento de una lesión o enfermedad.

**Sala de Emergencia-** Es el área del Hospital donde se tratan los casos inesperados de enfermedad o lesión grave, que requieren atención inmediata.

**Servicios de Emergencia-** Con respecto a una condición médica de emergencia, un examen de detección médica que está dentro de la capacidad de servicio de urgencias de un Hospital, incluyendo servicios auxiliares rutinariamente disponibles al servicio de urgencias para evaluar la condición médica de emergencia; y otro examen médico y tratamiento, en la medida en que están dentro de las capacidades del personal y las facilidades disponibles en el Hospital, para estabilizar al paciente.

**Beneficios Esenciales de Salud-** En la medida que cubre el Fondo, son gastos incurridos con respecto a los servicios cubiertos, en por lo menos las siguientes categorías:

- servicios de pacientes ambulatorios,
- servicios de emergencia,
- hospitalización,
- maternidad y cuidado del recién nacido,
- servicios de salud mental y trastorno por uso de sustancia, incluyendo el tratamiento de salud conductual,
- medicamentos recetados,
- servicios de rehabilitación y habilitación y dispositivos,
- servicios de laboratorio,
- servicios de prevención y bienestar y manejo de enfermedades crónicas y
- servicios pediátricos, incluyendo el cuidado oral y visión.

**Procedimientos y Medicamentos "Experimentales"**- Los servicios experimentales y en fase de investigación son médico, quirúrgico, diagnóstico, psiquiátrico, abuso de sustancias u otras tecnologías del cuidado de la salud, suministros, tratamientos, procedimientos, tratamientos farmacológicos o dispositivos que se determinaron por el médico revisor de utilización de Cigna que:

- no han demostrado, a través de la literatura revisada, basada en la evidencia, literatura científica existente ser seguros y eficaces para tratar o diagnosticar la condición o enfermedad para la cual se propone su uso.
- no son aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas de los E.U. (siglas en inglés "FDA") u otra agencia reguladora apropiada para comercializarse legalmente para el uso propuesto;
- están sujetos a la revisión o aprobación de una Junta Revisora Institucional para el uso propuesto salvo lo dispuesto como un "ensayo clínico"; o
- están sujetos a pruebas clínica de fase I, II o III, salvo lo dispuesto como un "ensayo clínico"

Los fármacos experimentales, en fase de investigación son todos los medicamentos recetados no inyectables, medicamentos inyectables que no requieren supervisión médica y típicamente se

consideran medicamentos administrados, medicamentos sin recetas y medicamentos en fase de investigación y experimentales, excepto para lo provisto en el Fondo.

**Fondo-** United Teamster Fund.

**Año de Fondo-** El período del 1 de Mayo hasta el 30 de Abril.

**Hospital-** El termino Hospital quiere decir:

- una institución con licencia como un Hospital, que mantiene, en las instalaciones, todas las facilidades necesarias para el tratamiento médico y quirúrgico; proporciona este tipo de tratamiento para pacientes hospitalizados, para compensación, bajo la supervisión de médicos; y ofrece servicios las 24 horas por Enfermeros Graduados Registrados;
- una institución que califica como un Hospital, un Hospital psiquiátrico o un Hospital de tuberculosis y un proveedor de servicios bajo Medicare, si tal institución está acreditada como Hospital por la Comisión que Acredita las Organizaciones del Cuidado de Salud; o
- una institución que: se especializa en el tratamiento de salud mental y abuso de sustancias u otras enfermedades relacionadas; ofrece programas de tratamiento residencial; y está licenciada de acuerdo a las leyes de la agencia legalmente autorizada.

Un Hospital *no* es una institución que es principalmente un lugar para descansar, un lugar para el envejeciente o un hogar de ancianos. Un Hospital *no* es también una institución donde se proporciona cuidado bajo las leyes federales, estatales o de otros, o las leyes de cualquier país extranjero. Un Hospital *no* es donde los veteranos reciben cuidado en relación con la discapacidad relacionada con el servicio o un centro operado por los Estados Unidos (excepto urgencias). Un Hospital *no* es un hospital universitario; o centros de parto, salas de operaciones o centros quirúrgicos que son parte del espacio de la Oficina de un médico.

**Confinamiento en un Hospital o Confinado en un Hospital -** Una persona se considerará confinada en un Hospital si:

- es un paciente de cama registrado en un Hospital por recomendación de un médico;
- recibe tratamiento para salud mental y servicios por abuso de sustancias en un programa de hospitalización parcial;
- recibe tratamiento para salud mental y servicios por abuso de sustancias en un centro de salud mental o en un centro residencial para el tratamiento de abuso de sustancias.

**Lesión-** Es una lesión corporal accidental.

**Médico, Doctor o Cirujano Legalmente Calificado** Es un doctor legalmente calificado de la medicina (M.D.) o doctor en Osteopatía (D.O.). Un doctor en Podiatría (d.p.m.) o un dentista (D.D.S.) será reconocido como un doctor legalmente calificado sólo al realizar servicios en su especialidad, que de ser realizada por un M.D. o D.O. estaría cubierto. Para fines de este Fondo, se considera a una comadrona certificada que asiste en un parto como un médico legalmente calificado, doctor o cirujano.

**Cargo Máximo Reembolsable-** Es uno de los siguientes, según lo determinado por Cigna y dependiendo del tipo de reclamación:

- (i) el menor del cargo normal del profesional de la salud para un servicio o suministro similar o 110% de la cuota desarrollada por Cigna que se basa en una metodología similar a la utilizada por Medicare para determinar la cuota permitida para el servicio igual o similar en una área geográfica; o
- (ii) el menor del cargo normal del profesional de la salud para un servicio o suministro similar, o la cantidad cargada por el servicio por un 80% de los profesionales del cuidado de la salud en el área geográfica donde se recibe.

***Medicamento Necesario-*** Son los Servicios o Suministros Medicamente Necesarios que son determinados ser:

- necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, o sus síntomas;
- en conformidad con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica;
- clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, grado, sitio y duración;
- no principalmente para la conveniencia del paciente, médico u otro proveedor del cuidado médico; y
- prestados en el ámbito menos intensivo que es apropiado para la prestación de los servicios y suministros. En su caso, el Fondo o Cigna podrá comparar la rentabilidad de servicios alternativos, ámbitos o suministros al determinar el ámbito menos intensivo.

***Vehículo de Motor-*** Como se utiliza en este folleto, el término "Vehículo de Motor" incluye, pero no se limita a automóviles, motocicletas, motos, barcos, motos de nieve, motocicletas limitadas (o "ciclomotores" o "motonetas") motonetas motorizadas, mini-bicicletas, bicicletas de lodo, go-karts, bicicleta asistida por motor, motos de agua y vehículos todo terreno "(ATVs).

***Farmacia No Participante-*** Es una farmacia que no entró en un acuerdo con la red de farmacias para proporcionar medicamentos recetados y no acepta la tarjeta del plan de receta del Fondo.

***Otros Centros del Cuidado de la Salud-*** Es un centro que no es un Hospital u hospicio.

***Otros Profesionales del Cuidado de la Salud-*** Es una persona, que no sea un médico, que es licenciado o autorizado bajo la ley estatal aplicable para entregar suministros y servicios médicos. Otros profesionales de la salud incluyen, pero no se limitan a, fisioterapeutas, enfermeros y enfermeras licenciadas. Otros profesionales de la salud no incluyen proveedores como los asistentes certificados primarios, Técnicos de quirófanos certificados, asistentes/técnicos quirúrgicos certificados, auxiliares/técnicos quirúrgicos licenciados, asistentes quirúrgicos licenciados, asistentes de médicos ortopédicos o asistentes quirúrgicos primarios.

***Gastos en Efectivo-*** Son los coseguros, deducibles, copagos o cuotas que realmente debe pagar por gastos elegibles, que no son reembolsados por el Fondo. Sin embargo, tenga en cuenta que los copagos no cuentan para los cargos máximos anuales.

***Participante-*** Es un individuo que es empleado por un empleador contribuyente y que cumple con los requisitos de elegibilidad de este Fondo.

**Farmacia Participante-** Es una farmacia que ha entrado en un acuerdo con la red de farmacias de Optum RX, Inc. para proporcionar medicamentos con receta y acepta la tarjeta del plan de receta del Fondo.

**Proveedor Participante-** Es un proveedor que ha firmado un contrato con el Fondo, Directivos, Cigna, Optum RX o Dentcare que se compromete ser compensado por servicios y suministros como están cubiertos por este Fondo según los términos del contrato mientras ese contrato este en efecto.

**Farmacia-** Es un establecimiento que está registrado con la agencia estatal apropiada y en la cual medicamentos son regularmente compuestos y dispensados por un farmacéutico.

**Enfermedad-** Es una enfermedad física o mental. También incluye embarazo. Los gastos incurridos por el cuidado de rutina de Hospital y pediátrico de un niño recién nacido previo al alta del Hospital infantil se considerarán incurridos como resultado de la enfermedad.

**Organización Revisora-** Es una filial de Cigna u otra entidad en la que Cigna ha delegado responsabilidad para llevar a cabo servicios de revisión de utilización. La Organización Revisora es una organización con un equipo de clínicos que pueden incluir médicos, enfermeros graduados registrados, profesionales de la salud mental y abuso de sustancias, y otros miembros del personal capacitados que realizan los servicios de revisión de utilización.

**Atención Urgente-** Son servicios médicos, quirúrgicos, Hospital u otros servicios del cuidado de la salud relacionado y pruebas que no son servicios de emergencia, pero que están determinados por Cigna, de acuerdo con las normas medicas generalmente aceptadas, que han sido necesarios para tratar una condición que requiere cuidado médico inmediato. No incluye el cuidado que se podía haber previsto antes de salir del área inmediata donde usted normalmente recibe o fueron programados para recibir los servicios. Excluidos del cuidado incluyen, pero no se limita a, diálisis, terapia, tratamientos médicos regulares o cuidado recibido después que el médico le recomendó al asegurado no viajar debido a cualquier condición médica.

**Conyugue-** Es una persona a quien se está legalmente casado bajo la ley estatal.

**Período de Espera** El primer día del mes siguiente a sesenta 60 días desde la fecha que su empleador comienza hacer contribuciones en su nombre.

# SUS BENEFICIOS A LA VISTA

Efectivo 1 de Mayo del 2014

Para EMPLEADOS ACTIVOS Y SUS DEPENDIENTES CUBIERTOS \*

## **Beneficios Médicos y Hospital**

- Cuando usted recibe servicios "En la red", usted tiene un deducible anual de \$250 para la cobertura de empleado o \$500 para la cobertura de empleado y familia. También hay un 20% de coseguro para ciertos servicios cubiertos. Además, hay un copago de \$25 para consultas de cuidado primario y por las visitas al consultorio de especialistas.
- Cuando usted recibe servicios "Fuera de la Red", usted tiene un deducible anual de \$3,000 para la cobertura de empleado o \$6,000 para la cobertura de empleado y familia. El Fondo entonces generalmente cubre hasta el 60% del Cargo Máximo Reembolsable (siglas en inglés "MRC"). Usted es responsable por el 40% restante del MRC. Si el proveedor cobra más que el MRC, usted es responsable de los cargos que superen el reembolso.
- Tenga en cuenta que un copago de \$100 se aplica por cada visita a la sala de emergencia, ya sea que este Dentro de la Red o Fuera de la Red.
- Las hospitalizaciones son cubiertas hasta 365 días para una habitación semiprivada.

\* Su derecho a la cobertura "solo empleado" o "empleado y familia" depende del nivel de contribución de su empleador. Por favor llame a la Oficina del Fondo para comprobar si tiene cobertura para sólo empleado o empleado y familia antes de intentar utilizar el Fondo para obtener servicios médicos para sus dependientes.

## **Beneficios De Medicamentos Recetados**

- Los medicamentos recetados están cubiertos sólo en una farmacia participante. Hay un copago de \$25 para los medicamentos genéricos y de marca \*\* y un copago de \$50 para medicamentos inyectables. Usted recibirá hasta un suministro de 30 días.
- Si utiliza el servicio de pedido por correo, usted tiene un copago de \$35 para los medicamentos genéricos y de marca \*\* y un copago de \$50 para medicamentos inyectables, pero usted recibirá hasta un suministro de 90 días.

\*\* El Fondo tiene una política genérica obligatoria, que significa que si usted solicita un medicamento de marca cuando un equivalente genérico está disponible, usted será responsable, además de su copago, de cualquier diferencia de costo entre los medicamentos de marca y genéricos.

## **Beneficios Dentales**

El Fondo ofrece beneficios dentales a través de una póliza de seguro con Dentcare Delivery Systems Inc. ("Dentcare").

|  |
|--|
|  |
| <b>Beneficios De La Visión</b>   |
| El Fondo le reembolsará hasta: <ul style="list-style-type: none"><li>• \$15 para un examen de la vista, y</li><li>• \$65 para lentes (Anteojos y lentes) o \$100 para los contactos.</li></ul> Los beneficios de la visión están disponibles una vez cada 12 meses.  |
|  |
| <b>Beneficio De Seguro De Vida Sujeto A Las Exclusiones Descritas Más Adelante En Este Folleto</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• \$10,000 es pagado a su beneficiario nombrado si usted muere mientras que usted es un participante en el Fondo.</li><li>• Si usted tiene cobertura de dependientes, \$5.000 se le paga a usted si un dependiente cubierto muere mientras que está cubierto por el Fondo.</li></ul> |






Para obtener información sobre la presentación de un reclamo de beneficios, vea la sección llamada "Procedimientos de Reclamos y Apelaciones."

## RESUMEN DE BENEFICIOS

| <u>DEDUCIBLES, COSEGUROS Y MAXIMOS</u>   |   |   |
|--|---|---|
| <u>Características Clave</u>   | <u>Dentro-de-la-Red</u>   | <u>Fuera de la Red</u>  |
| Deducible anual (para todos los servicios cubiertos excepto urgencias)             | \$250/Solo empleado<br>\$500/Familia                                  | \$3,000/Solo empleado<br>\$6,000/Familia                                |
| Coseguro (porcentaje que usted paga)   | 20%   | 40%   |
| Máximo Anual de su Bolsillo (para cualquier año del Fondo, usted no pagará más de) | \$3,000/Solo empleado<br>\$6,000/Familia<br>(incluyendo el Deducible) | \$13,000/Solo empleado<br>\$26,000/Familia<br>(incluyendo el Deducible) |
| Máximo Anual Pagado por el Fondo   | No hay máximo   | No hay máximo   |

El "Deducible" es una cantidad inicial anual que usted paga por ciertos servicios Dentro-de-la-Red y Fuera de la Red antes de que el Fondo pague los beneficios. Sólo tiene que pagar el deducible una vez cada año del Fondo. Hay un Deducible separado para servicios Dentro y Fuera de la red. Cuando usted es tratado por un proveedor, usted es responsable del coseguro, el deducible y cualquier copago aplicable. Usted también es responsable de cualquier cantidad por encima del Cargo Máximo Reembolsable ("MRC"). Las visitas a la sala de emergencia también están sujetas a un copago de \$100 por visita.

| <u>CARACTERÍSTICAS CLAVE</u>                            |                         |  |
|---|-------------------------|--|
| <u>Suministros y Servicios Elegibles</u>                | <u>Dentro-de-la-Red</u> | <u>Fuera de la Red</u>   |
| Cuidado Preventivo, 6 Años de Edad y Más                | Fondo paga 100%         | No cubiertos   |
| Cuidado de la Mujer                                     | Fondo paga 100%         | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| Bebe Sano/Cuidado de Niño Sano (Niños hasta los 5 años) | Fondo paga 100%         | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| Vacunas   | Fondo paga 100%         | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Consultas de Cuidado Primario  | Usted paga \$25 de copago por visita  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible  |
| Visitas al Consultorio de Especialista   | Usted paga \$25 de copago por visita  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible  |
| <b>Mamografías, PSA, Papanicolaou, Chequeos de Maternidad</b>                        |   |   |
| Servicios del Cuidado Preventivo ( <i>es decir</i> , servicios de "rutina")          | Fondo paga 100%   | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible  |
| Servicios de Diagnóstico Relacionados ( <i>es decir</i> , servicios "no rutinarios") | Cubierto en el mismo nivel de beneficios que otros rayos-x y servicios de laboratorio (basado en el lugar del servicio). Vea las disposiciones de "Servicios de Laboratorio" y "Servicios de Rayos X" a continuación. | Cubierto en el mismo nivel de beneficios que otros rayos-x y servicios de laboratorio (basado en el lugar del servicio). Vea las disposiciones de "Servicios de Laboratorio" y "Servicios de Rayos X" a continuación.     |
| <b>Maternidad</b>  |   |   |
| Visitas a la Oficina   | Usted paga el copago de \$25 por visita inicial   | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible  |
| Cargos de Hospital   | Usted paga un copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 por año del Fondo   | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible  |
| Cargos de Centro Quirúrgico Ambulatorio  | Usted paga un copago de \$100 por visita  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible  |
| Servicios Profesionales para Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios                 | Fondo paga 100%   | Usted paga el 40% * de MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Servicio Profesionales para pacientes hospitalizados y ambulatorios para Anestesiólogos: Usted paga el 20% del MRC, se renuncia al deducible |
| Tratamiento de Alergia / Inyecciones   | Usted paga el menor de copago de \$25 o cargo actual  | Usted paga el 40% del MRC por visita después de haber satisfecho el deducible   |
| Suero para Alergia   | Fondo paga 100%   | Usted paga el 40% del MRC por   |

|  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| (Suministrado por el médico en el consultorio médico)  |                                       | visita después de haber satisfecho el deducible                    |
| <b>Tratamiento Quiropráctico</b><br>(Máximo 25 visitas por año del Fondo)                                  | Usted paga \$25 de copago por visita  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| <b>Trastornos del pie Rutinario</b><br>(Máximo 25 visitas por año del Fondo)                               | Usted paga \$25 de copago por visita  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| <b>Cirugía Ambulatoria</b>   |                                       |  |
| Cargos de Centros  | Usted paga \$100 de copago por visita | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| Cargos por Servicios Profesionales para Cirujanos, Radiólogos y Patólogos                                  | Fondo paga 100%                       | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| Gastos de Servicios Profesionales por Servicios Prestados por los Anestesiólogos                           | Fondo paga 100%                       | Usted paga el 20% del MRC, se renuncia al deducible                |
| <b>Servicios de Laboratorio</b>  |                                       |  |
| En el Consultorio Médico   | Usted paga \$25 de copago por visita  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| En el Hospitalario para Pacientes Ambulatorios o Centro de Laboratorio Independiente                       | Fondo paga 100%                       | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| Cuando lo Facturado es Parte de la visita a la Sala de Emergencia o Cuidado Urgente                        | Fondo paga 100%                       | Fondo paga 100%  |
| <b>Servicios de Rayos X</b>  |                                       |  |
| En la Oficina del Médico, en el Hospital para Pacientes Ambulatorios o Centro de Radiografía Independiente | Usted paga \$50 de copago por visita  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| Cuando lo Facturado es Parte de la visita a la Sala de Emergencia o Cuidado Urgente                        | Fondo paga 100%                       | Fondo paga 100%  |

| <b>Imagen Radiológica Avanzada (MRI, MRA, CAT Scan, PET Scan)</b>   |  |   |
|---|--|---|
| En la Oficina del Médico o Centro de Cuidado Ambulatorio  | Usted paga \$50 de copago por visita   | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible  |
| Cuando lo Facturado es Parte de la visita a la Sala de Emergencia o Cuidado Urgente   | Fondo paga 100%  | Fondo paga 100%   |
| EKG, EEG, EMG, Estudio de Conducción Nerviosa y el Estudio de Densidad Ósea en la Oficina del Médico, en el Hospital para Pacientes Ambulatorios o Centro Independiente | Fondo paga 100%  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible  |
| <b>Servicios Para Pacientes Hospitalizados</b>  |  |   |
| Cargos del Hospital   | Usted paga un copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible  |
| Cargos por Servicios Profesionales de Cirujanos, Radiólogos y Patólogos   | Fondo paga 100%  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible  |
| Cargos por Servicios Profesionales para Anestesiólogos  | Fondo paga 100%  | Usted paga el 20% del MRC, se renuncia al deducible   |
| Visitas y Consultas del Médico de Hospital para Pacientes Hospitalizados  | Fondo paga 100%  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible  |
| Ambulancia  | Usted paga el 20% del MRC después de haber satisfecho el deducible   | Usted paga el 20% del MRC después de haber satisfecho el deducible Dentro-de-la-Red   |
| Sala de Emergencia del Hospital   | Usted paga el copago de \$100; no hay copago si es admitido al Hospital, entonces aplicarían gastos de Hospital para pacientes hospitalizados        | Usted paga el copago de \$100; no hay copago si es admitido al Hospital, entonces aplicarían gastos de Hospital para pacientes hospitalizados |
| Servicios de Cuidado Urgente  | Usted paga \$25 de copago por visita; no hay copago si es admitido al Hospital, entonces aplicarían gastos de Hospital para pacientes hospitalizados | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Cirugía Realizada por el Médico en el Consultorio Médico  | Fondo paga 100%   | Usted paga el 40% del MRC por visita después de haber satisfecho el deducible |
| Cuidado de Enfermería Especializada para Hospitalizados<br><br>(Máximo 60 días por Año del Fondo)   | Usted paga un copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo                           | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible            |
| Cuidados de Hospicio – Paciente Interno o Ambulatorio   | Usted paga el 20% del MRC después de haber satisfecho el deducible  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible            |
| Cuidado Médico Domiciliario (incluye días de servicio privado ambulatorio de enfermería cuando sea aprobado como Medicamento Necesario)<br><br>(Máximo 40 días por Año del Fondo; 16 horas máximo por día)  | Usted paga el 20% del MRC después de haber satisfecho el deducible  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible            |
| Rehabilitación en Hospital para Pacientes Hospitalizados<br><br>(Máximo 60 días por Año del Fondo)  | Usted paga un copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo, luego el Fondo paga 100% | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible            |
| Terapia de Rehabilitación a Corto Plazo – terapia ambulatoria física, ocupacional y cognitiva, del habla y rehabilitación cardíaca<br>(Máximo 60 días por Año del Fondo para todas las terapias combinadas) | Usted paga \$25 de copago por visita  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible            |
| Equipo Médico Duradero  | Usted paga el 20% del MRC después de haber satisfecho el deducible  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible            |
| Aparatos Protésicos Externos ("EPA")  | Usted paga el 20% del MRC, no hay deducible   | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el                      |

|  |   | deducible  |
|--|---|--|
| Aborto Hospitalizado                             | Usted paga un copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo   | Usted paga el 40% * del MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Para servicios profesionales prestados por el anesthesiólogo a pacientes hospitalizados: usted paga el 20% del MRC, no hay deducible |
| Aborto Ambulatorio                               | Visita: Usted paga \$25 de copago por visita<br><br>Cirugía en el consultorio: el Fondo paga el 100%<br><br>Cirugía ambulatoria: \$100 de Copago por visita | Usted paga el 40% * del MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Para servicios profesionales prestados por el anesthesiólogo a pacientes ambulatorios: usted paga el 20% del MRC, no hay deducible   |
| Quimioterapia Ambulatoria                        | Fondo paga 100%   | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible   |
| Terapia de Radiación para Pacientes Ambulatorios | Usted paga el 20% del MRC después de haber satisfecho el deducible  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible   |
| Diálisis   | Visita: Usted paga \$25 de copago por visita<br><br>Hospital para pacientes ambulatorios: Fondo paga 100%   | Consulta: Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>Hospital para pacientes ambulatorios: Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible                       |
| Salud Mental para Pacientes Hospitalizados       | Usted paga un copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo   | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible   |
| Salud Mental para Pacientes Ambulatorios         | Usted paga \$25 de copago por visita  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible   |

| <b>Abuso de Sustancias para Pacientes Internos</b>   |   |  |
|--|---|--|
| Administrado por Cigna   | Usted paga un copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo   | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| Administrado por el Fondo (30 días máximo por 24 meses para beneficios de pacientes internos y ambulatorios combinados para abuso de sustancias) | Fondo paga 100%   | No cubiertos   |
| <b>Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios</b>   |   |  |
| Administrado por Cigna   | Usted paga \$25 de copago por visita  | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| Administrado por el Fondo (30 días máximo por 24 meses para beneficios de pacientes internos y ambulatorios combinados para abuso de sustancias) | Fondo paga 100%   | No cubiertos   |
| Circuncisión<br><br>(Los cargos Fuera de la Red se limitan a \$5,000 para gastos que no sean de cargo del hospital de Hospital)                  | Oficina: Fondo paga 100%<br><br>Centro quirúrgico ambulatorio u Hospital: usted paga el copago de \$100<br><br>Hospitalización: Usted para el copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| Hospitalización Infantil   | Fondo paga 100%   | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |
| Equipos y Suministros para Lactancia Materna   | Fondo paga 100%   | No cubiertos   |
| Suministros Diabéticos   | Fondo paga 100%   | Usted paga el 40% del MRC después de haber satisfecho el deducible |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Enfermedad de la Articulación Temporal Mandibular (siglas en inglés “TMJ”) para Hospitalizados (quirúrgico y no quirúrgicos) | Usted paga un copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo   | Usted paga el 40% * del MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Para servicios profesionales prestados por el anesthesiólogo a pacientes hospitalizados: usted paga el 20% del MRC, no hay deducible                |
| TMJ Ambulatorio (quirúrgico y no quirúrgicos)  | Visita: Usted paga \$25 de copago por visita<br><br>Cirugía en el consultorio: Fondo paga 100%<br><br>Cirugía ambulatoria: \$100 de Copago por visita | Usted paga el 40% * del MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Para servicios profesionales prestados por el anesthesiólogo a pacientes ambulatorios: usted paga el 20% del MRC, no hay deducible                  |
| Servicios de Planificación Familiar de la Mujer (Pacientes internos y ambulatorios)  | Fondo paga 100%   | Usted paga el 40% * del MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Para servicios profesionales prestados por el anesthesiólogo a pacientes hospitalizados y ambulatorios: usted paga el 20% del MRC, no hay deducible |
| Servicios de Planificación Familiar para Hombres Hospitalizados y Reversión de Esterilización Voluntaria                     | Usted paga un copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo   | Usted paga el 40% * del MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Para servicios profesionales prestados por el anesthesiólogo a pacientes hospitalizados: usted paga el 20% del MRC, no hay deducible                |
| Servicios Ambulatorios de Planificación Familiar para Hombres y Reversión de Esterilización Voluntaria                       | Visita: Usted paga \$25 de copago por visita<br><br>Cirugía en el consultorio: Fondo paga 100%<br><br>Cirugía ambulatoria: \$100 de copago por visita | Usted paga el 40% * del MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Para servicios profesionales prestados por el anesthesiólogo a pacientes ambulatorios: usted paga el 20% del MRC, no hay deducible                  |
| Cirugía Bariátrica para Pacientes  | Usted paga un copago de \$100   | Usted paga el 40% * del MRC   |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Hospitalizados  | por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo   | después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Para servicios profesionales prestados por el anesthesiólogo a pacientes hospitalizados: usted paga el 20% del MRC, no hay deducible                             |
| Cirugía Bariátrica para Pacientes Ambulatorios                        | Visita: Usted paga \$25 de copago por visita<br><br>Cirugía ambulatoria: \$100 de copago por visita | Usted paga el 40% * del MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Para servicios profesionales prestados por el anesthesiólogo a pacientes ambulatorios: usted paga el 20% del MRC, no hay deducible   |
| Trasplante De órganos para Pacientes Hospitalizados                   | Usted paga un copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo                   | Usted paga el 40% * del MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Para servicios profesionales prestados por el anesthesiólogo a pacientes hospitalizados: usted paga el 20% del MRC, no hay deducible |
| Trasplante de Órganos para Pacientes Ambulatorios                     | Visita: Usted paga \$25 de copago por visita<br><br>Cirugía ambulatoria: \$100 de copago por visita | Usted paga el 40% * del MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Para servicios profesionales prestados por el anesthesiólogo a pacientes ambulatorios: usted paga el 20% del MRC, no hay deducible   |
| Cuidado Limitado Odontológico Hospitalario<br><br>(A través de Cigna) | Usted paga un copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo                   | Usted paga el 40% * del MRC después de haber satisfecho el deducible<br><br>* Para servicios profesionales prestados por el anesthesiólogo a pacientes hospitalizados: usted paga el 20% del MRC, no hay deducible |
| Cuidado Limitado Odontológico para Pacientes Ambulatorios             | Visita: Usted paga \$25 de copago por visita  | Usted paga el 40% * del MRC después de haber satisfecho el deducible   |

|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| (A través de Cigna) | Cirugía en el consultorio:<br>Fondo paga 100%<br><br>Cirugía ambulatoria: \$100 de<br>copago por visita | * Para servicios profesionales<br>prestados por el anesestesiólogo a<br>pacientes ambulatorios: usted paga<br>el 20% del MRC, no hay deducible |
|---------------------|---|--|

# **ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN**

## **Elegibilidad**

Usted es elegible para participar en el Fondo si usted trabaja para un empleador que es requerido por los términos de una negociación colectiva o en otro acuerdo escrito para hacer contribuciones al Fondo en su nombre. Por favor recuerde que sus dependientes elegibles están cubiertos sólo si su empleador contribuye para cobertura familiar.

Si usted es elegible para la cobertura familiar, entonces su conyugue legal y sus dependientes elegibles serán elegibles para la cobertura al mismo tiempo que usted si los inscribe al mismo tiempo que se inscribe usted.

Para que alguien pueda considerarse su conyugue, usted y su conyugue deben ser casados legalmente en una jurisdicción que reconoce tal matrimonio. La cobertura no se proporciona para las parejas no casadas. Una pareja que reside con usted, a quien usted no está legalmente casado, no se considera como su conyugue, independientemente de la longitud de tiempo que han estado juntos.

Un matrimonio termina en la fecha que se firma la sentencia de divorcio. La cobertura para el conyugue se terminará el último día del mes en el cual se firmó la sentencia de divorcio. En el momento del divorcio, el ex conyugue tiene la opción de continuar la cobertura por medio de la Ley de Reconciliación de Presupuesto Ómnibus Consolidado de 1985, llamado comúnmente "COBRA". Usted es responsable de notificar al Fondo de una separación legal que conduce a un divorcio. Si usted no puede notificar el Fondo que su ex conyugue ya no es elegible para beneficios está cometiendo un acto de fraude y usted será responsable por cualquier reclamo que el Fondo pague por su ex conyugue. La Directiva se reserva el derecho de cancelar su cobertura con el Fondo y la de sus dependientes cubiertos en caso de fraude o tergiversación intencional de un hecho material, incluyendo pero no limitado a, su falta de notificación al Fondo de dicha separación legal o divorcio.

## **Cuando Se Inicia La Cobertura**

Su cobertura se inicia automáticamente en el primer día del mes siguiente a sesenta 60 días desde la fecha que su empleador empieza a hacer contribuciones a su favor.

## **Por Cuanto Tiempo Continua La Cobertura**

Una vez que cumple con el requisito de elegibilidad inicial, su cobertura continúa de mes a mes.

## **Cobertura De Dependientes**

Cuando usted califica para la cobertura, la Oficina del Fondo le informará si su nivel de contribución del empleador califica para cobertura de dependientes. Si lo hace, entonces la cobertura para sus dependientes elegibles generalmente comienza al mismo tiempo como su cobertura si los inscribe a la vez que se inscribe usted

Sus "dependientes elegibles" incluyen:

- Su conyugue legal.
- Sus hijos hasta el último día del mes cuando el hijo alcanza la edad 26, incluso si el hijo es elegible para cobertura bajo otro plan de salud.
- Hijos solteros discapacitados dependientes mayores de 26 que son incapaces de autosuficiencia debido a incapacidad mental o física. La discapacidad debe haber comenzado antes que el hijo haya cumplido 26 años de edad. Debe proporcionarle a la Oficina del Fondo con prueba de la discapacidad del hijo dentro de 31 días de cumplir su cumpleaños 26.

Cuando se inscriba a un dependiente se le pedirá proporcionar pruebas de estado de dependiente — un certificado de nacimiento, certificado de matrimonio u otra prueba de estado de dependiente. El inscribir fraudulentamente a dependientes o proporcionar otra información inexacta o tergiversaciones al Fondo pueden resultar en la terminación o suspensión de sus beneficios, terminación o suspensión de los beneficios de su familia cubierta, negación de futuros beneficios, acciones legales en su contra o miembros de su familia cubiertos y compensar al Fondo de los beneficios futuros el valor de los beneficios que el Fondo ha pagado relativos a información inexacta o tergiversaciones proporcionadas al Fondo.

### **Dependientes Recién Adquiridos**

Si usted se casa o si adquiere a un hijo por nacimiento, adopción o colocación para la adopción, y tiene derecho a la cobertura familiar, sus dependientes serán cubiertos desde la fecha del matrimonio, nacimiento o adopción, siempre que presente un formulario de solicitud en la Oficina del Fondo dentro de 31 días después de eso. Si usted no completa la solicitud dentro de 31 días, se retrasará la cobertura para sus dependientes.

**Los niños dependientes** son los siguientes:

- Sus hijos naturales (incluyendo a los niños nacidos fuera del matrimonio, pero sólo si envía evidencia adecuada de paternidad a la Oficina del Fondo);
- Los hijos naturales de su conyugue legal si viven en su hogar, principalmente dependen de usted para apoyo, y su conyugue tiene custodia legal de ellos;
- Hijos legalmente adoptados o hijastros;
- Niños de crianza que viven con usted y principalmente dependen de usted para apoyo y mantenimiento, siempre y cuando no hayan otros beneficios para la salud proporcionados por cualquier agencia gubernamental;
- Niños que debían ser reconocidos como sus dependientes legales bajo una Orden Calificada de Apoyo Médico (siglas en inglés "QMCSO").

## **Orden Calificada de Apoyo Medico (QMCSO)**

Una Orden Calificada de Apoyo Médico o QMCSO, es una orden emitida por un tribunal o agencia administrativa estatal que requiere que se proporcione cobertura médica a un niño o niños. Un apoyo médico resulta generalmente de un divorcio, separación judicial o procedimiento de paternidad.

La Oficina del Fondo le notificará si se recibe una orden de apoyo médico en cuanto a su cobertura. Los procedimientos de apoyo médico del Fondo se describen en mayor detalle más adelante en este folleto (vea la sección llamada "Procedimientos de Orden Calificada de Apoyo Medico").

## **Cuando La Cobertura Termina**

Su cobertura termina el último día del mes:

- que usted deje de trabajar para un empleador contribuyente,
- usted entra en servicio militar activo,
- el Fondo interrumpe la cobertura de grupo,
- usted participa en fraude o tergiversación intencional de un hecho material con respecto a su cobertura o beneficios bajo el Fondo, o
- usted ya no cumple con los requisitos de elegibilidad.

Si usted pierde su cobertura debido a una discapacidad compensable, su cobertura continuará por hasta seis meses después de su último día de empleo con un empleador contribuyente. El Fondo puede requerir prueba de la discapacidad de su médico. Debe solicitar esta cobertura dentro de 30 días del inicio de su discapacidad.

Cobertura para sus dependientes termina el último día del mes en que:

- su cobertura termina,
- el dependiente ya no cumple con la definición del Fondo de dependientes,
- para conyugue dependiente, la fecha del divorcio o separación legal,
- él o ella participa en fraude o tergiversación intencional de un hecho material con respecto a la cobertura o beneficios bajo el Fondo,
- usted muere.

### **Si se separa legalmente o se divorcia...**

Usted está obligado a notificarle a la Oficina del Fondo lo antes posible si usted y su conyugue legalmente se separan o se divorcian. Si no informa a la Oficina del Fondo de la separación legal o divorcio, el Fondo puede hacerlo responsable de los costos asociados con la ampliación de la cobertura a su conyugue después de que su separación/divorcio llegó a ser final. La Directiva se reserva el derecho de cancelar su cobertura del Fondo y la de los miembros de su familia cubiertos por falta de notificación al Fondo de dicha separación legal o divorcio.

Cuando de lo contrario su cobertura termina, usted puede continuar la cobertura al elegir continuar la cobertura por medio de COBRA. El Fondo también tiene reglas para extensiones limitadas de la cobertura durante ciertas ausencias, y se describen en la siguiente sección.

### **Continuación De La Cobertura Durante Ciertas Ausencias**

Si usted se discapacita, su cobertura continuará por cada mes que esté "totalmente discapacitado" y no puede trabajar, hasta un total de seis meses. Se requiere presentar pruebas de su discapacidad a la Oficina del Fondo.

### **Licencia Familiar Y Médica**

Si su empleador tiene 50 empleados o más, usted puede acogerse a la ley para ausentarse bajo Licencia Familiar y Médica (siglas en inglés "FMLA"). Bajo el FMLA, usted puede tomar hasta 12 semanas de licencia sin sueldo para asuntos familiar o con fines médicos, como su propia condición médica seria, el nacimiento o la adopción de un niño, o para atender a un conyugue, hijo o padre enfermo. Su empleador, no este Fondo, determinará si usted es elegible para la licencia FMLA.

Si usted toma la licencia FMLA, su empleador está obligado a seguir contribuyendo al Fondo en su nombre y su cobertura a través del Fondo seguirá.

Durante su licencia, usted podrá continuar su cobertura médica y otros beneficios ofrecidos a través del Fondo. Usted es generalmente elegible para la FMLA si usted:

- trabajó para un empleador por al menos 12 meses,
- trabajó por lo menos 1,250 horas en empleo cubierto durante los 12 meses anteriores, y
- trabajó en un lugar donde por lo menos 50 empleados son empleados por el empleador dentro de 75 millas.

Si no regresa al trabajo después una licencia FMLA proporcionada, usted puede ser requerido a proporcionar reembolso por el costo de la cobertura recibida durante la licencia.

Llame a su empleador si usted tiene preguntas sobre su elegibilidad para la FMLA. Llame a la Oficina del Fondo en cuanto a cobertura durante dicha licencia.

Si usted no regresa a trabajar después del final de la licencia FMLA, usted puede ser elegible para continuar la cobertura bajo COBRA descrita en una sección posterior.

### **Licencia Militar**

Si usted está en el servicio militar activo durante 31 días o menos, usted continuará recibiendo cobertura médica según la Ley sobre los Derechos de Empleo y Reemplazo del Servicio Uniformado de 1994 (siglas en inglés "USERRA"). Si usted está en el servicio activo por más de 31 días, USERRA permite continuar la cobertura de salud para usted y sus dependientes por su propia cuenta hasta 24 meses. Este derecho de continuación opera en la misma forma que la cobertura de COBRA, que se describe en la siguiente sección. Cuando su cobertura termina debido a una reducción en horas de su servicio militar, usted y sus dependientes elegibles pueden tener también derechos a COBRA. Debe comunicarse con la Oficina del Fondo si usted es llamado para el servicio para determinar cómo afecta la licencia su elegibilidad y la de sus dependientes elegibles para beneficios del Fondo y cómo USERRA protege sus derechos. Además, sus dependientes pueden ser elegibles para cobertura de salud bajo el programa federal conocido como TRICARE (que incluye el antiguo programa de "CHAMPUS"). Este Fondo coordina su cobertura con TRICARE.

No se ofrecerá cobertura para cualquier enfermedad o lesión determinada por el Secretario de Asuntos de Veteranos que ha sido incurrida en o agravada durante la ejecución del servicio en los servicios uniformados. Los Servicios Uniformados y el Departamento de Asuntos de Veteranos proporcionarán atención para discapacidad relacionada con el servicio.

Bajo USERRA un empleado activo está obligado a notificar al empleador (por escrito o por vía oral) que él o ella se va para el servicio militar a menos que circunstancias o necesidad militar hacen la notificación imposible o irracional. Su empleador está obligado a notificar al Fondo dentro de 30 días después que usted regresa al empleado después del servicio militar; sin embargo, es una buena idea que usted informe a la Oficina del Fondo, también.

Cuando es descargado (Honorablemente) del servicio en los servicios uniformados, su elegibilidad completa se restablecerá el día que regrese al empleo con un empleador contribuyente, siempre que regrese al empleo dentro de:

- 90 días desde la fecha de la descarga si el período de servicio fue más de 180 días; o
- 14 días desde la fecha de descarga si el período de servicio fue menos de 31 días, pero menos de 180 días; o
- al principio del primer período de trabajo completo regularmente programado en el primer día calendario después de la descarga (además del tiempo de viaje y ocho horas adicionales) si el período de servicio fue menos de 31 días.

Si usted está hospitalizado o convaleciente de una lesión causada por servicio activo, estos plazos se extienden hasta a dos años.

Tenga en cuenta que, para licencia cubierta por el FMLA o para el servicio militar calificado, su empleador debe conceder correctamente la licencia, realizar la notificación requerida y cualquier pago requerido al Fondo. Usted debe comunicarse con su empleador para confirmar que usted es elegible para un permiso.

**Póngase en contacto con su empleador si usted tiene preguntas sobre su elegibilidad para un permiso. Póngase en contacto con la Oficina del Fondo si usted tiene dudas respecto a la cobertura del Fondo durante dicha licencia.**

## **Continuación De Cuidado De Salud Bajo COBRA**

La Ley de Reconciliación de Presupuesto Ómnibus Consolidado de 1985, como es modificada (siglas en inglés "COBRA"), requiere que este Fondo le ofrezca a usted y sus dependientes elegibles la oportunidad de una extensión temporal de la cobertura de cuidado médico a una tarifa de grupo en ciertos casos cuando la cobertura de lo contrario terminaría (llamada "calificación de eventos"). La continuación de cobertura bajo COBRA se aplica a los beneficios médicos, Hospital, medicamentos, dental y visión descritos en este folleto.

Usted debe tener en cuenta que cada individuo con derecho a cobertura como resultado de un evento calificado tiene derecho a hacer su propia elección de cobertura. Por ejemplo, su conyugue u otro dependiente cubierto puede elegir cobertura de COBRA incluso si usted no lo hace. Además, un beneficiario calificado puede elegir COBRA para otros.

### **Eventos Clasificados De COBRA**

El siguiente cuadro muestra cuándo usted y sus dependientes elegibles pueden calificar para la cobertura continuada bajo COBRA, cuándo puede comenzar la cobertura y cuando termina.

| <b><u>La Cobertura Termina Debido Esta Razón</u></b>                         | <b><u>Estas Personas Serían Elegibles</u></b> | <b><u>Para la Cobertura de COBRA Hasta (medido desde la fecha que se pierde la cobertura)</u></b> |
|--|---|---|
| Su empleo termina *  | Usted y su conyugue e hijos                   | 18 meses **   |
| Se reducen sus horas de trabajo  | Usted y su conyugue e hijos                   | 18 meses **   |
| Usted muere  | Su conyugue cubierto e hijos                  | 36 meses  |
| Sus dependientes pierden la cobertura por divorciarse o separarse legalmente | Su conyugue cubierto e hijos                  | 36 meses  |
| Su hijo dependiente ya no califica como un dependiente elegible              | Los hijos cubiertos                           | 36 meses  |
| Tiene derecho a Medicare   | Su conyugue cubierto e hijos                  | 36 meses  |

\* Por alguna razón que no sea de mala conducta (incluyendo licencia militar y licencias aprobadas según el FMLA).

\*\* La cobertura continuada por hasta 29 meses desde la fecha del evento inicial puede estar disponible a aquellos que no más tarde de los primeros 60 días de su evento de calificación, están totalmente discapacitados dentro del Título II o del Título XVI de la Ley del Seguro Social. Estos 11 meses adicionales están disponibles para empleados y dependientes registrados si el aviso de incapacidad es proporcionado dentro de 60 días después de ser emitida la determinación de la Administración del Seguro Social sobre la discapacidad y antes de que se acabe la

continuación por el periodo de 18 meses. El costo de los 11 meses adicionales de cobertura aumentará a 150% del costo total de la cobertura.

|  |
|--|
| Prueba de la buena salud NO es necesaria para la cobertura de COBRA. |
|--|

### **Niños Recién Nacidos Y Adoptados**

Si tiene un niño recién nacido, adoptado o tiene un niño colocado con usted para la adopción mientras su cobertura de continuación bajo COBRA esta en efecto y usted es elegible para la cobertura familiar, usted puede agregar al niño a su cobertura. Para agregar al niño a su cobertura, notifique a la Oficina del Fondo dentro de 31 días del nacimiento del niño, la adopción o colocación para la adopción. También debe proporcionarle prueba legal de su relación con el niño.

### **Varios Eventos De Calificación**

Si sus dependientes cubiertos experimentan más de un evento de calificación mientras usted tiene cobertura en vigor bajo COBRA, ellos pueden ser elegibles para un período adicional de cobertura para continuar sin exceder un total de 36 meses desde la fecha del primer evento calificativo.

**Por ejemplo**, si su empleo termina, usted y sus dependientes cubiertos pueden ser elegibles para continuar la cobertura de COBRA por 18 meses. Si usted muere (un segundo evento calificativo) durante este período de 18 meses, sus dependientes cubiertos pueden ser elegibles para un período adicional para continuar la cobertura bajo COBRA. Sin embargo, los dos períodos de cobertura combinadas no pueden exceder un total de 36 meses desde la fecha del primer evento calificativo (su terminación).

Este período de continuación de la cobertura bajo COBRA no está disponible a cualquier persona que se convirtió en su conyugue después de la terminación de empleo o de reducción en horas. Sin embargo, este período de cobertura está disponible a cualquier niño nacido, adoptado o colocado en adopción con usted durante el período de 18 meses de continuación de cobertura.

También tenga en cuenta que si su primer evento calificativo es una reducción en horas, y luego se termina su empleo, la terminación del empleo no es considerado como un segundo evento calificativo (por lo que no hay extensión más allá del período inicial de 18 meses de cobertura).

### **Cuando Su Empleador Debe Notificar A La Oficina Del Fondo**

Su empleador debe notificar a la Oficina del Fondo sobre su muerte, despido, reducción de horas de trabajo o derecho de Medicare no más tardar de 60 días después de la pérdida de cobertura debido a uno de estos eventos. Sin embargo, usted o su familia debe también notificar a la Oficina del Fondo si tal evento ocurre con el fin de evitar confusiones en cuanto a su condición.

## **Cuando Usted O Su Beneficiario Debe Notificar A La Oficina Del Fondo**

Como un empleado cubierto o beneficiario calificado, usted es responsable de informarle oportunamente a la Oficina del Fondo sobre ciertos acontecimientos que califiquen. Estos eventos incluyen:

- Divorcio o separación legal.
- Un hijo que pierde su estatus de dependiente bajo el Fondo.
- La ocurrencia de un segundo evento calificativo después de que un beneficiario calificado tiene derecho a COBRA con un máximo de 18 meses adicionales, hasta 36 meses en total. Este segundo evento calificativo podría incluir la muerte de un empleado, el derecho a Medicare, divorcio o separación legal, o un hijo que pierde el estatus de dependiente.
- Cuando un beneficiario calificado que tiene derecho a recibir la cobertura bajo COBRA con un máximo de 18 meses ha sido determinado por la Administración del Seguro Social que esta discapacitado. Si esta determinación se hace en cualquier momento durante los primeros 60 días de cobertura bajo COBRA, el beneficiario calificado puede ser elegible para una extensión de 11 meses de la cobertura máxima de 18 meses, para un total de 29 meses de cobertura bajo COBRA.

Asegúrese de notificarle la Oficina del Fondo de cualquiera de los eventos mencionados dentro de 60 días del evento calificado. El no avisar en la forma y dentro de los plazos que se describen a continuación puede evitar que usted o sus dependientes obtengan o amplíen la cobertura bajo COBRA.

### **Cómo Proporcionar Aviso**

Su aviso debe enviarse a:

United Teamster Fund  
2137-2147 Utica Avenue  
Brooklyn, New York 11234

Por favor incluya lo siguiente en el aviso:

- su nombre
- los nombres de sus dependientes,
- su número de Seguro Social y los números de Seguro Social de sus dependientes,
- su dirección, y
- la naturaleza y fecha del acontecimiento que está informando al Fondo.

### **Cuando Se Debe Enviar El Aviso**

Usted debe notificar al Fondo dentro de 60 días de la fecha del evento (y no se olvide de proporcionar direcciones para usted y Dependiente(s)). **Si usted no notifica al Fondo al final del período de 60 días, usted y sus dependientes no tendrán derecho a la continuación de cobertura.**

#### **Mantener El Fondo Informado De Cambios de Dirección**

Con el fin de proteger los derechos de su familia, usted debe mantener la Oficina del Fondo informada de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe conservar una copia para sus registros de todos los avisos que usted envíe a la Oficina del Fondo.

### **Elegir La Cobertura Bajo COBRA**

El Fondo le debe notificar a usted o sus dependientes cubiertos de su derecho a la cobertura bajo COBRA dentro de 14 días después de recibir aviso oportuno o tenga conocimiento de que un evento calificativo ha ocurrido. Usted tendrá 60 días para responder si desea continuar la cobertura – medido desde la fecha que la cobertura de lo contrario terminaría o, si más adelante, la fecha que se le envía la notificación de COBRA.

### **Pagar La Cobertura Bajo COBRA**

Se le cobrará el costo total de la cobertura continuada bajo COBRA, además de una cuota administrativa del 2%. (Si usted es elegible para 29 meses de cobertura continuada debido a la discapacidad, la ley le permite al Fondo que cobre el 150% del costo total del plan durante los meses 19 al 29 de la cobertura).

Es más fácil de hacer su primer pago cuando presente su forma de elección de COBRA, es decir, dentro de 60 días a partir de la fecha que su cobertura del Fondo de lo contrario terminaría. En ningún caso puede el pago ser hecho después de 45 días a partir de la fecha que usted envíe por correo su formulario de elección firmado a la Oficina del Fondo. Su primer cheque debe cubrir el período comprendido entre la fecha que terminó su cobertura y la fecha que la cobertura de COBRA comenzó hasta el mes actual.

Después del primer pago todos los pagos de COBRA posteriores se deberán hacer para el día 30 de cada mes. Tenga en cuenta que la Oficina del Fondo no envía facturas para la cobertura de COBRA y es su responsabilidad ver que su pago este en la Oficina del Fondo en la fecha de vencimiento.

Las primas bajo COBRA generalmente son revisadas por lo menos una vez al año y están sujetas a cambios.

La Oficina del Fondo le notificará si cambia la cantidad de su pago de COBRA. Además, si los beneficios cambian para empleados activos, su cobertura va a cambiar también.

## **Cuando Termina La Cobertura Bajo COBRA**

Su cobertura continuada bajo COBRA y la de sus dependientes se pueden terminar por cualquiera de las siguientes razones:

- La cobertura ha continuado durante el período 18, 29 o 36 meses máximos, medido desde la fecha en que se pierde la cobertura.
- El Fondo se termina. Si se sustituye la cobertura, usted puede continuar bajo la nueva cobertura.
- Usted o su dependiente no hacen los pagos necesarios a tiempo.
- Usted o un dependiente cubierto están cubierto por otro Fondo de salud de grupo.
- Usted o un dependiente cubierto tiene derecho a beneficios bajo Medicare.
- Usted o su dependiente siguen la cobertura durante los meses 19 al 29 por una discapacidad y la discapacidad termina.
- la continuación de cobertura también puede ser terminada por cualquier razón que pondría fin a la cobertura de cualquier participante o beneficiario que recibe continuación de cobertura (por ejemplo, fraude).

Todos los detalles sobre la continuación de cobertura bajo COBRA se le entregarán a usted o a sus dependientes elegibles cuando la Oficina del Fondo recibe aviso de que un evento calificativo ha ocurrido.

## **Sus Derechos Bajo La Ley De Portabilidad Y Continuidad Del Seguro De Salud De 1996 (siglas en inglés "HIPAA")**

Bajo la ley federal conocida como Portabilidad y Continuidad de 1996 (comúnmente llamado "HIPAA" por sus siglas en Inglés) el Fondo está obligado a proporcionar lo siguiente.

### **Derechos De Inscripción Especial**

HIPAA requiere que los Fondos como el nuestro le permitan a empleados elegibles y sus dependientes que ya no participan en el Fondo obtener cobertura si se producen determinados eventos. Estos son conocidos como "circunstancias de calificación". (Tenga en cuenta que, con respecto a sus dependientes, estos derechos sólo se aplican si usted tiene derecho a cobertura familiar.) Las circunstancias de calificación ocurren cuando:

- Hay un cambio en el estado de familia, como matrimonio, divorcio, nacimiento, adopción, colocación para adopción o muerte.
- Se ha dicho por escrito que usted o sus dependientes renuncian a la cobertura del Fondo debido a la cobertura bajo otro plan médico, y que otro tipo de cobertura se perdió por cualquiera de las siguientes razones:
  - terminación de empleo;
  - reducción de las horas trabajadas;

- la muerte del conyugue;
- usted y su conyugue se divorcian o legalmente se separan;
- la otra cobertura era continuación de COBRA, y usted o su dependiente alcanza el tiempo máximo para la continuación de cobertura bajo COBRA; o
- el otro plan se termina porque el empleador u otro patrocinador no pagó la prima en la fecha cuando se cumplió.

Además, bajo la Ley de Re-autorización del Programa de Seguro de Salud Infantil de 2009 (siglas en inglés "CHIPRA"), usted y sus dependientes, son elegibles para pero no están cubiertos bajo el Fondo, se les permite inscribirse en el Fondo cuando:

- se pierde la elegibilidad para cobertura bajo Medicaid o de un programa del estado de seguro médico para niños (siglas en inglés "CHIP") o
- son elegibles para asistencia de la prima bajo Medicaid o CHIP.

Usted o su dependiente deberá solicitar cobertura bajo el Fondo dentro de 60 días de la terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP como resultado de la pérdida de elegibilidad, o dentro de 60 días de la determinación de elegibilidad para asistencia de prima

Más información acerca de estos derechos está disponible en la Oficina del Fondo en (718) 859-1624, (718) 842-1212 o (732) 882-1901.

### **Divulgación De La Información De Salud A La Junta Directiva**

#### Resumen de la Información de Salud

El Fondo puede divulgar un resumen de la información de salud (que no sea información genética) a la Directiva, si la Directiva solicita el resumen de información para fines de:

- obtener ofertas de prima para proporcionar cobertura de salud en el Fondo; o
- modificar, enmendar o terminar el Fondo.

Para ello, el "resumen de la información de salud" es información que resume el historial de reclamaciones, costos de reclamaciones o tipo de reclamaciones experimentadas por los individuos a quienes el Fondo ha proporcionado beneficios y de la cual la información descrita en 45 CFR § 164.504(a)(2) se ha eliminada.

#### Matriculados

El Fondo puede revelar a la Directiva si una persona está participando en el Fondo, o está matriculada en o se ha removido de la cobertura de salud ofrecida por el Fondo.

## Información de Salud Protegida

La Directiva puede utilizar o divulgar la información de salud protegida (siglas en inglés “PHI”), proporcionada a la Directiva a continuación, para cualquier función administrativa dentro del alcance de autoridad de la Directiva relativas al Fondo y según lo permitido o requerido por la ley.

PHI significa información de salud que:

- es creada o recibida por un proveedor del cuidado médico, plan de salud, empleador o centro de salud (en el sentido de 45 CFR § 160.103);
- se relaciona con la salud física y mental pasada, presente o futura o condición de un individuo, el cuidado de salud prestado a un individuo, o el pago por el cuidado de salud prestado en el pasado, presente o futuro a un individuo; y
- identifica la persona (o que se puede utilizar para identificar a la persona).

La Directiva se compromete a:

- no usar o divulgar más el PHI proporcionado bajo esta sección, excepto como es permitido o requerido por el Fondo o como es requerido por ley;
- asegurarse de que cualquier agente que se le proporciona el PHI este de acuerdo a las mismas restricciones y condiciones que se aplican a la Directiva con respecto a dicha información;
- no usar o divulgar su PHI para decisiones y acciones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficio de empleado mantenido por la Directiva;
- informar al Fondo de cualquier uso o divulgación del PHI que es incompatible con los usos o divulgaciones previstas en el presente documento del cual tiene conocimiento;
- hacer disponible el PHI de acuerdo con el § 45 de CFR 164.524;
- hacer disponible el PHI para enmienda e incorporar las enmiendas al PHI según el 45 CFR § 164.526;
- hacer disponible el PHI necesario para proporcionar un conteo de accesos de acuerdo con el § 45 de CFR 164.528;
- hacer sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y divulgación del PHI para el Secretario de Salud y Servicios Humanos para propósitos de determinar el cumplimiento por el Fondo con todos los requisitos de HIPAA;
- Si es posible, devolver o destruir todo el PHI que la Directiva mantiene en cualquier forma y no conservar ninguna copia de dicha información cuando ya no sea necesario para la finalidad para la cual la revelación fue hecha, excepto que, si no es factible tal

devolución o destrucción, límite más usos y revelaciones a los efectos que hace la devolución o destrucción de la información no factible; y

- asegurar la separación adecuada mediante la aplicación de las siguientes normas y procedimientos:
  - Los únicos individuos (distintos a la Directiva) que tendrán acceso al PHI proporcionado a la Directiva será al Administrador del Fondo, el Administrador del Fondo auxiliar y cualquier otro individuo cuyas funciones se relacionan con pago bajo, operaciones del cuidado médico de u otros asuntos relacionados con el Fondo en el curso ordinario de negocios.
  - El acceso y uso del PHI por lo anterior mencionado se limita a las funciones de la administración del Fondo que realiza la Directiva para el Fondo.
  - Las fallas de los individuos descritos anteriormente para cumplir con estos requisitos estarán sujetos a revisión y disciplina por la Directiva.

El Fondo puede revelar el PHI a la Directiva para llevar a cabo funciones administrativas del Fondo, siempre que la Directiva le provea al Fondo con una certificación de que el Fondo contiene las disposiciones descritas. El Fondo no puede revelar información genética a la Directiva.

**Otras reglas sobre HIPAA:** Este Fondo es una entidad cubierta bajo las regulaciones de privacidad de HIPAA. Para una copia del “Aviso de Prácticas de Privacidad” del Fondo, póngase en contacto con la Oficina del Fondo.

# BENEFICIOS MÉDICOS

Esta sección le da una breve descripción de cómo funciona la cobertura para usted y sus dependientes cubiertos.

## **Visión General De Cómo La Cobertura Trabaja**

Si ha estado cubierto por el Fondo durante un tiempo, es posible que esté acostumbrado a ver algunos de los beneficios descritos como cubierto por “Medico Principal”. No utilizamos ese término ahora, pero el Fondo trabaja de la misma manera que siempre. El Fondo ha contratado a Cigna para ofrecerle acceso abierto a más beneficios médicos para proporcionar cobertura para el cuidado Dentro de la Red y Fuera de la Red. Los beneficios que son proporcionados por la red de Cigna se describen como “Dentro de la-Red”. Los beneficios que no son proporcionados a través de la red de Cigna se describen como “Fuera de la Red.”

El Fondo cubre una amplia gama de servicios de salud, visitas al consultorio, exámenes de laboratorio y rayos-x, hospitalización y cirugía mayor. Para estar cubierto, los gastos médicos deben considerarse médicamente necesarios. La determinación de la cobertura es a discreción de la Directiva. La mayoría de los gastos o servicios elegibles se cubren a través de un proveedor Dentro de la Red de Cigna o un proveedor Fuera de la Red.

## **La Red De Proveedores De Cigna**

La red de Cigna se compone de médicos, Hospitales y otros centros de salud seleccionados por Cigna para proporcionar servicios médicos. Cuando se utiliza un proveedor de Cigna para su cuidado médico, el cuidado se llama “Dentro de la Red”. Éstos son algunos de los puntos importantes sobre el cuidado Dentro de la Red:

- una extensa red de proveedores del cuidado médico para elegir,
- un deducible de \$250 para la cobertura de empleado sólo y un deducible de \$500 para la cobertura del empleado y la familia,
- un máximo anual de \$3,000 en gastos de su bolsillo para la cobertura de empleado sólo y un máximo anual de \$6,000 en gastos de su bolsillo para la cobertura de empleado y la familia,
- un copago por la mayoría de los cargos cubiertos y a veces un 20% de coseguro, y
- no hay generalmente formularios de reclamación para presentar.

## **Encontrar Un Proveedor Dentro De La Red**

Aquí está cómo encontrar un doctor, Hospital, laboratorio u otro centro Dentro de la Red cerca de ti.

- **Buscar en el directorio en línea de Cigna.** Para localizar un doctor, Hospital u otro proveedor Dentro de la Red de Cigna, ingrese a [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com) o [www.cigna.com](http://www.cigna.com) y navegue por el directorio de proveedores en línea.

- **Contacte a Cigna.** Póngase en contacto con servicio al cliente de Cigna al teléfono que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación.
- **Contacte la Oficina del Fondo.** La Oficina del Fondo también puede ayudarle a encontrar un proveedor Dentro de la Red.

La red de Cigna – Mientras que usted tiene la opción de ir a un proveedor Dentro de la Red o un proveedor Fuera de la Red para su cuidado médico, usted paga menos al utilizar los proveedores de la red.

### **Cómo Está Cubierto el Cuidado Fuera de la Red**

Usted también tiene la opción de ir a un proveedor Fuera de la Red. Cuando vea a un proveedor que no participa en la red de Cigna, los servicios son considerados "Fuera de la Red". Estos son datos claves que debe saber si decide ir Fuera de la Red para su cuidado médico:

- Usted debe cumplir con un deducible de \$3,000 para la cobertura de empleado o \$6,000 para la cobertura de familia anualmente antes de ser reembolsado por gastos elegibles. (Tenga en cuenta que hay un copago de \$100 separado para las visitas a la sala de emergencia, como se describe en otra parte.)
- Después de haber satisfecho el deducible anual, los gastos son generalmente reembolsados solamente en un 60% del MRC
- Usted es responsable de pagar el saldo, que es su coseguro.
- Hay un máximo anual de \$13,000 en gastos de su bolsillo para la cobertura de empleado y un máximo anual de \$26,000 en gastos de su bolsillo para la cobertura de empleado y la familia
- Usted debe presentar un formulario de reclamación. En la mayoría de los casos, usted debe pagar el proveedor cuando el servicio es prestado, entonces presentar una reclamación para reembolso a Cigna.

Usted debe presentar prueba satisfactoria de cada cargo para el cual usted reclama beneficios, y cada cargo usado para satisfacer el deducible. Asegúrese de mantener un registro preciso de sus gastos médicos y conservar todas las facturas y recibos.

Para obtener más información, vea la sección llamada, "Sus Beneficios A La Vista" y "Resumen de Beneficios."

**Excepción especial.** Si usted no puede localizar un proveedor Dentro de la Red en su área que pueda proporcionarle un servicio o suministro que está cubierto por el Fondo, debe llamar al número en la parte posterior de su tarjeta de asegurado de Cigna para obtener la autorización para la cobertura del proveedor Fuera de la Red. Si obtiene autorización para tales servicios prestados por un proveedor Fuera de la Red, los beneficios para esos servicios se cubrirán en el nivel de beneficios Dentro-de-la-Red.

## **Pre-Certificación/Previa Autorización/Estadía Continuada**

### **Pre-Certificación o Previa Autorización**

Para poder cubrir ciertos servicios y beneficios por el Fondo, usted debe recibir la "precertificación" o "autorización previa". El término "precertificación" o "previa autorización" significa la autorización que debe recibir un proveedor participante de la Organización Revisora de Cigna (si el beneficio es administrado por Cigna) o la Oficina del Fondo (si el beneficio es administrado por la Oficina del Fondo).

Aprobación previa es necesaria para estos servicios:

- beneficios para el tratamiento de abuso de adicción a sustancias, alcohol y drogas;
- el uso de las instalaciones de sala de operaciones en un Hospital para un procedimiento quirúrgico;
- el uso de las instalaciones de la sala de operaciones en un centro ambulatorio (cirugía ambulatoria);
- equipo médico duradero que cuesta \$500 o más;
- prótesis y ortesis que cuestan \$500 o más;
- ciertos medicamentos con receta;
- estadías en el hospital;
- servicio privado de enfermería;
- procedimientos de aborto;
- beneficios para la salud mental;
- la circuncisión es médicamente necesaria si no es recién nacido (más de 30 días);
- beneficios de cuidado de salud en el hogar;
- cuidado de hospicio;
- beneficios de la oxigenoterapia hiperbárica;
- inyectables/infusiones en un consultorio;
- los días permitidos para maternidad;
- los días permitidos para cunero infantil;
- by-pass quirúrgico para la obesidad;
- terapia del habla, respiratoria, ocupacional, cardíaca y cognitiva;
- terapia física y rehabilitación;
- centro de enfermería especializada;
- centro de rehabilitación;
- instalaciones de cuidado a largo plazo;
- traslados entre hospitales de pacientes internos;
- estadía de hospital por maternidad más de 48 horas (para el parto vaginal) o 96 horas (en el caso de cesárea);
- beneficios para trastorno de sueño (pruebas y tratamiento); y
- beneficios de trasplante.

## Manejando Su Cuidado

Hay dos formas que el Fondo le ayuda a manejar su cuidado médico, a través de la "certificación previa a la admisión / revisión de la estadía continuada en un Hospital" y "manejo de caso". Ambos programas son manejados por Cigna.

### Certificación Previa a la Admisión / Revisión de la Estadía Continuada en un Hospital

Certificación Previa a la Admisión (siglas en Ingles "PAC") y Revisión de la Estadía Continuada (siglas en Ingles "RSE") se refieren al proceso utilizado para certificar la necesidad médica y la duración en un Hospital cuando usted o sus dependientes requieren tratamiento en un Hospital:

- Como un paciente de cama registrado;
- Para una hospitalización parcial para el tratamiento de salud mental o abuso de sustancias;
- Para servicios residenciales de tratamiento de la salud mental o abuso de sustancias.

Usted o su dependiente deberá solicitar PAC antes de cualquier tratamiento que no sea una emergencia en un Hospital descrita anteriormente. En el caso de una admisión de emergencia, debe comunicarse con la Organización Revisora dentro de 48 horas después de la admisión. Para una admisión debido al embarazo, debe llamar a la Organización Revisora al final del tercer mes de embarazo. RSE se solicitará, antes de terminar la duración certificada de estadía para un confinamiento continuado de Hospital.

Los gastos cubiertos incurridos se reducirán en un 100% para gastos de Hospital hechos por cada admisión por separado al menos que PAC sea recibido antes de la fecha de admisión o en el caso de una admisión de emergencia, dentro de 48 horas después de la fecha de admisión.

No incluye gastos de beneficios cubiertos que de lo contrario serían pagaderos bajo el Fondo para los cargos que aparecen a continuación:

- Cargos de hospital por cama y comida, para el tratamiento mencionado para el cual PAC fue realizado, los cuales son hechos para cualquier día en exceso del número de días certificados a través de PAC o RSE; y
- Cargos de Hospital para el tratamiento mencionado para el cual PAC fue solicitado, pero que no fue certificada como médicamente necesario.

PAC y RSE se realizan a través de un programa de revisión de utilización por una Organización Revisora la cual Cigna ha contratado. Si no precertifica su hospitalización Fuera de la Red, se aplicará una multa del 100% a sus gastos de hospitalización. Los beneficios Fuera de la Red se les niega cualquier admisión revisada por Cigna y no certificada. Los beneficios Fuera de la Red también son negados para los días adicionales no certificados por Cigna.

## Manejo de Caso

El manejo de caso es un servicio proporcionado a través de una Organización Revisora de Cigna, que ayuda a personas con necesidades de tratamiento que se extienden más allá de la atención de casos agudos. El objetivo del manejo de caso es asegurar que los pacientes reciban el cuidado

adecuado en el mejor lugar posible ya sea en el hogar, como paciente ambulatorio o interno en un Hospital o centro especializado. Si hay la necesidad del manejo de caso, un profesional del manejo de caso trabajará con el paciente, su familia y el médico tratante para determinar las opciones de tratamiento apropiadas que mejor satisfacen las necesidades del paciente y mantener los costos manejables. El manejador de casos le ayudará a coordinar el programa de tratamiento y prever recursos necesarios. Los manejadores de casos también están disponibles para contestar preguntas y proporcionar apoyo constante para la familia en tiempos de crisis médica.

Los manejadores de casos son enfermeras registradas "(siglas en inglés "RNI") y otros profesionales acreditados, cada uno capacitado en un área de especialidad clínica como trauma, embarazo de alto riesgo y recién nacidos, oncología, salud mental, rehabilitación o medicina general y cirugía. Se asignará un manejador de casos entrenado en el área de especialidad clínica apropiada para usted o sus dependientes cubiertos. Además, los manejadores de casos son apoyados por un grupo de asesores médicos que ofrecen orientación sobre programas de tratamiento actualizado y tecnología médica. Mientras que el manejador de casos recomienda programas de tratamiento alternativo y ayuda a coordinar los recursos necesarios, el médico tratante del paciente sigue siendo responsable del cuidado médico real.

Usted, su dependiente o un médico pueden solicitar servicios de manejo de caso llamando al número gratuito en su tarjeta de identificación durante el horario normal, de lunes a viernes. Además, el Fondo, una Oficina de reclamo o un programa de revisión de utilización puede referir a un individuo para el manejo de caso.

- La Organización Revisora de Cigna evalúa cada caso para determinar si el manejo es adecuado.
- Usted o su dependiente es contactado por un manejador de casos asignado que explica en detalle cómo funciona el programa. La participación en el programa es voluntaria, no hay penalidad o reducción de beneficios si no desea participar en el manejo de casos.
- Después de una evaluación inicial, el manejador de casos trabaja con usted, su familia y el médico para determinar las necesidades del paciente e identificar qué programas de tratamiento alternativo están disponibles (por ejemplo, cuidado médico a domicilio en lugar de una prolongada estadía en un Hospital). No son penalizados si no se sigue el programa de tratamiento alternativo.
- El manejador del caso hace los arreglos para los servicios del tratamiento alternativo y suministros, según sea necesario (por ejemplo, servicios de enfermería o una cama de Hospital u otros equipos médicos duraderos para el hogar).
- El manejador de casos también actúa como un intermediario entre la aseguradora, el paciente, su familia o médico según sea necesario (por ejemplo, ayudarlo a entender un plan complejo de diagnóstico o tratamiento médico).
- Una vez que está el programa de tratamiento alternativo, el manejador del caso continúa administrando el caso para garantizar el programa de tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.

Mientras que la participación en el manejo de caso es estrictamente voluntaria, los profesionales del manejo de casos pueden ofrecer calidad, alternativas de tratamiento rentable, así como prestar asistencia para obtener los recursos médicos necesario y continuo apoyo a la familia en un momento de necesidad.

## **BENEFICIOS DE HOSPITAL**

Cuando usted es hospitalizado, el Fondo cubre una habitación semiprivada (si tiene una habitación privada, el Fondo no paga más que la tarifa semiprivada). Cuando usted está hospitalizado también están cubiertos los tipos de servicios y suministros requeridos típicamente cuando se está hospitalizado, incluyendo:

- suministros de anestesia y uso de equipo de anestesia (sólo cuando es administrado por un empleado del Hospital, de lo contrario consulte la sección llamada "Anestesia")
- cama y comida incluyendo dietas especiales,
- vendajes,
- drogas y medicamentos de uso en el Hospital,
- uso de equipo electrocardiográfico,
- cuidado de enfermería general,
- exámenes de laboratorio consistentes con el diagnóstico y tratamiento de la condición para la cual la hospitalización es requerida (note que las interpretaciones del laboratorio pueden ser facturadas independientemente y por lo tanto no pueden estar cubiertas en su totalidad),
- sala de operaciones y el uso de la sala de recuperación,
- quimioterapia,
- oxígeno y equipo para su administración,
- uso de aparatos de fisioterapia,
- moldes de yeso,
- exámenes radiológicos consistentes con el diagnóstico y tratamiento de la condición para la cual la hospitalización es requerida (note que las interpretaciones de rayos x generalmente se facturan por separado y no están cubiertas por este beneficio).

### **Beneficios De Gastos Médicos En El Hospital**

Si está hospitalizado por una enfermedad que no requiere cirugía o cuidado por maternidad, usted es elegible para beneficios de gastos médicos de Hospital. La cobertura se aplica a enfermedades, como enfermedad cardíaca, neumonía, etc.

El beneficio de gastos médicos en el Hospital generalmente no cubre los servicios realizados en conjunto con trabajos dentales o cirugía cubierta por compensación. Además, no se proporcionan beneficios en un centro de veteranos para el cuidado de discapacidad relacionado a un servicio militar o en un Hospital operado por una agencia federal o estatal (excepto urgencias).

## **Cobertura De Hospital**

El Fondo cubre hasta 365 días por confinamiento en un Hospital. Un "confinamiento" es un período de hospitalización que es separado del confinamiento anterior y confinamiento siguiente por al menos 90 días.

Precertificación es requerida por Cigna.

## **Atención De Emergencia**

El Fondo cubre los siguientes servicios de emergencia:

- El Fondo cubre emergencia para primeros auxilios prestados dentro de 24 horas después de una lesión accidental o 72 horas desde el inicio de la enfermedad.
- Para el uso de las instalaciones de quirófano en el Hospital para una operación quirúrgica, el Hospital debe ponerse en contacto con Cigna antes de empezar el tratamiento. Si Cigna está cerrado debe comunicarse con Cigna tan pronto como sea posible después de comenzar el tratamiento.

Usted es responsable de un copago de \$100 para cada visita a la sala de emergencia.

## **Cirugía Menor**

La cobertura del Fondo para sala de emergencia y cirugía menor incluye:

- reducción cerrada de huesos fracturados o dislocados,
- endoscopias que requieren el uso de las instalaciones quirúrgicas del Hospital,
- incisiones o punciones de la piel u otro tejido excepto inoculación, vacunación, colección de sangre, administración de medicamentos o inyección.

## **Beneficios Quirúrgicos**

El Fondo proporciona cobertura para la cirugía que es recomendada, aprobada y realizada por un médico legalmente calificado o un cirujano.

Se requiere Precertificación.

Las cirugías múltiples realizadas Dentro-de-la-Red durante una sección de cirugía resultan en una reducción de pago del 50% para la cirugía de menor costo. El procedimiento más caro se paga como cualquier otra cirugía. Las cirugías múltiples realizadas Fuera de la Red durante una sección de cirugía resultan en una reducción de pago del 50% para la segunda cirugía de menor costo y 25% para las cirugías subsecuentes. El procedimiento más caro se paga como cualquier otra cirugía.

**Cirujano Asistente:** El monto máximo pagable será limitado a los cargos de asistente de cirujano que no excedan un porcentaje de cargo permisible del cirujano como se especifica en las políticas de reembolso de Cigna. (Para efectos de esta limitación, el cargo permisible significa la cantidad pagable al cirujano antes de cualquier reducción por las cantidades de coseguro o deducibles).

**Co-Cirujano:** El monto máximo pagable por los cargos realizados por los co-cirujanos se limitará a la cantidad especificada en las políticas de reembolso de Cigna.

### **Ley Sobre La Salud De La Mujer Y Derechos De Cáncer De 1998**

Bajo ley federal, los planes de salud de grupo que proveen beneficios médicos y quirúrgicos en relación con una mastectomía deben proporcionar beneficios para cierta cirugía reconstructiva. Esto incluye cobertura para lo siguiente:

- Todas las etapas de la reconstrucción del seno en el que se ha realizado la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas asociadas con todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas, de una manera determinada en consulta entre el médico tratante y el paciente.

Esta cobertura está sujeta a normas del Fondo y a regulaciones para el pago de beneficios.

### **Pruebas Prequirúrgicas**

El Fondo también cubre las pruebas de diagnóstico prescritas por su médico realizadas en el mismo Hospital como la cirugía.

### **Atención De Maternidad**

El Fondo proporciona beneficios de maternidad en el Hospital para participantes elegibles y sus dependientes elegibles. Los beneficios regulares de Hospital se pagan para parto normal (incluyendo trabajo de parto falso) por lo menos dos días y al menos cuatro días para una cesárea. El cuidado de cirugía para un recién nacido está cubierto en la misma medida en cuanto a la madre.

Pre-certificación se requiere para una estadía prolongada en el hospital.

### **Ley Sobre La Protección De Salud De Los Recién Nacidos Y Madres de 1996**

El Fondo no puede, bajo ley federal, restringir los beneficios para cualquier longitud de estadía de Hospital en relación con el parto para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al médico de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, darles el alta a la madre o su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según

sea el caso). En cualquier caso, el Fondo no podrá, bajo ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización previa para dar una longitud de estadía no superior a 48 horas (o 96 horas).

Nota: No hay ninguna cobertura para un niño recién nacido de un dependiente.

### **Aborto (incluye procedimientos electivos y no electivos)**

El Fondo pagará alojamiento semiprivado hasta por dos días para los procedimientos de aborto realizados en un Hospital. Si la ligadura de trompas se realiza durante el mismo periodo de hospitalización, el Fondo cubrirá una estadía de hospital de hasta tres días.

Precertificación se requiere para una estadía de Hospital relacionada con un procedimiento de aborto.

### **Clínicas De Hospital O Clínicas Independientes**

El Fondo cubre una visita a una clínica de la misma manera que una visita a un consultorio médico.

### **Ambulancia**

Ambulancias están cubiertas para transporte de emergencia. Se excluye el uso de ambulettes u otros vehículos para el transporte de un centro a otro.

### **Exclusiones Para Beneficios De Hospital Y Médico**

El Fondo no cubre los siguientes gastos:

- todos los cargos no mencionados específicamente como gastos cubiertos;
- gastos que excedan el MRC;
- gastos que exceden cualquier limitación o máximo anual de beneficio del Fondo;
- confinamientos de hospital para cuidado custodial o convaleciente, curas por reposo o cuidados a largo plazo;
- confinamientos de Hospital o cualquier período de reclusión de Hospital principalmente para estudios de diagnóstico;
- hospitalización proporcionado conforme con las leyes federales, estatales u otras leyes (excepto Medicaid);
- cuidado requerido para las condiciones de salud que están obligadas por ley estatal o local a ser tratado en un establecimiento público;
- cuidado prestado en un Hospital operado por un gobierno federal o estatal, municipio o agencia (excepto urgencias);
- cuidado requerido por ley estatal o federal para ser suministrados por un sistema de escuela pública o distrito escolar;
- servicio de ambulancia o ambulette (excepto transporte de emergencia como se estipule en este folleto);

- beneficios de hospital para servicios médicos o enfermeras privadas o especiales, u otros asistentes privados o consejo de administración, excepto que se disponga en este folleto;
- admisiones para terapia física;
- servicios prestados en los centros de veteranos para el cuidado de enfermedad o lesión relacionado con un servicio militar;
- cuidado para la discapacidad del servicio militar tratable a través de servicios gubernamentales si legalmente tiene derecho a tratamiento y servicios que están razonablemente disponibles;
- tratamiento de una enfermedad o lesión que es debido a la guerra declarada o no declarada;
- asistencia en actividades de vida diaria, incluyendo pero no limitado a, comer, bañarse, vestirse u otros servicios de custodia o las actividades de autocuidado, servicios domésticos y servicios principalmente para el descanso, domiciliario o cuidado convaleciente;
- anteojos y lentes y lentes de contacto (salvo lo previsto en este folleto);
- refracción de rutina, ejercicios de ojos y tratamiento quirúrgico para la corrección de errores de refracción, incluyendo queratotomía radial;
- tratamiento por acupuntura;
- todos los medicamentos recetados no inyectables, medicamentos inyectables que no requieren control médico y son típicamente considerados medicamentos auto administrados, medicamentos no recetados y medicamentos en fase de investigación y experimentales, excepto lo dispuesto en otras partes de este folleto;
- costos de membresía o cargos asociados a los clubes de salud y programas de pérdida de peso;
- proyección genética o proyección genética preimplantacional;
- implantes dentales para cualquier condición;
- costos asociados con la colección o la donación de sangre o hemoderivados, salvo donación de autologous en anticipación de servicios programados donde en la opinión del director médico del plan de salud de Cigna la probabilidad de pérdida de exceso de sangre es tal que la transfusión es un complemento esperado de cirugía;
- administración de sangre con el propósito de mejora general en la condición física;
- costos de vacunas o medicamentos con el propósito de viaje, o para protegerse contra riesgos y peligros laborales;
- cosméticos, suplementos dietéticos y ayudas para la salud y belleza;
- todos los suplementos y fórmulas son excluidas, excepto la fórmula infantil que es necesaria para el tratamiento de errores innatos del metabolismo;
- cirugía o la terapia, excepto para corregir defectos causados por lesión traumática o enfermedad que se produce mientras se está cubierto, como la cirugía de seno después de una mastectomía o lumpectomía (cirugía o terapia se define como cirugía o terapia que se realiza para mejorar o alterar la apariencia o autoestima o para tratar las quejas por sintomatología psicológica o psicosociales relacionadas con la apariencia);
- los siguientes servicios están excluidos de la cobertura sin tener en cuenta las indicaciones clínicas: cirugías de Macromastia o ginecomastia, acupresión, terapia craneosacral, craneal, Danza terapia, terapia de movimiento, kinesiología aplicada, sistema holístico para la manipulación y movimiento de tejidos, proloterapia y choque extracorporal litotripsia para condiciones musculoesqueléticas y ortopédicas;

- a menos que lo contrario sea cubierto como un beneficio básico: informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalización no necesaria por razones de salud, incluyendo pero no limitado al empleo, seguro o licencias de gobierno y ordenado por un tribunal, forensico, o evaluaciones de custodia;
- tratamiento u hospitalización ordenado por el Tribunal, a menos que dicho tratamiento está siendo buscado por un médico Dentro-de-la-Red o no están cubiertos en otras partes de este folleto;
- gastos de tratamiento dental de los dientes, las encías o estructuras de apoyo directo a los dientes, incluyendo rayos x dental, exámenes, reparaciones, ortodoncia, periodoncia, yesos, férulas y servicios para mala oclusión dental, para cualquier condición; excepto para los niños y el cuidado dental limitado dispuesto en otras partes de este folleto;
- habitaciones de Hospital o servicio privado de enfermería, salvo lo dispuesto en otras partes de este folleto;
- gastos para tratamiento médico cuando el pago es negado por el plan primario porque no se recibe el tratamiento de un proveedor participante del plan primario;
- servicios para o en relación con una lesión o enfermedad que surja de, o en el curso de, cualquier empleo pagado o ganancias;
- teléfono, correo electrónico y consultas de internet y telemedicina;
- terapia masaje;
- admisiones o hospitalizaciones continuas principalmente por alguno de los siguientes: diagnóstico, terapia física, terapia de rayos x, radio terapia, transfusiones de sangre o plasma de sangre, atención custodia, cuidado de convaleciente o curas de reposo;
- enfermería prestada por usted o su conyugue o un hijo, hermano, hermana o padre de usted o su conyugue;
- servicios, suministros y equipo proporcionado en relación con la esterilización electiva, excepto como específicamente está previsto en otras partes de este folleto;
- prueba para determinar a un donante compatible;
- servicios, suministros y equipo proporcionados al donante de un órgano para trasplante, a menos que el donante y el receptor son los participantes y miembros de la misma familia inmediata;
- servicios de infertilidad, drogas para la infertilidad, programas de tratamiento quirúrgico o médico para la infertilidad, incluyendo fertilización in vitro, transferencia intratubárica de gametos (GIFT), transferencia intratubárica de cigoto (ZIFT), las variaciones de estos procedimientos, los costos asociados con la colección, lavado, preparación o almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los honorarios del donante) y criopreservación de semen de donante y huevos;
- servicios, suministros, medicamentos ni fármacos para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, pero no limitado a, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluyendo pero no limitado a implantes de pene), anorgasmia y la eyaculación precoz;
- servicios, suministros y equipo proporcionado en relación con una operación de cambio de sexo, incluyendo asesoría médica o psicológica y la terapia hormonal en la preparación para, o con posterioridad a esa operación;
- costos y cuidado médico y hospitalario para el niño infantil de un dependiente, a menos que este niño infantil sea elegible para cobertura bajo el Fondo;
- asesoramiento no médico o servicios auxiliares, incluyendo, asesoramiento o servicios auxiliares, incluyendo, pero no limitado a los servicios de custodia, educación,

capacitación, rehabilitación profesional, formación conductual, bioinformación, neuroinformación, hipnosis, terapia del sueño, asesoramiento de empleo, volver a la escuela, servicios para el regreso al trabajo, programas para el endurecimiento de palabra, seguridad del manejo y servicios, formación, terapia educativa u otros servicios auxiliares no médicos para problemas de aprendizaje, retrasos en el desarrollo, autismo o retraso mental;

- terapia o tratamiento destinado principalmente para mejorar o mantener la condición física general o con el fin de mejorar el trabajo, escuela, rendimiento deportivo o recreativo, incluyendo pero no limitado al cuidado rutinario, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona después de la resolución del problema médico agudo, y cuando no se espera mejoría terapéutica;
- suministros médicos consumibles que no sean suministros de ostomía y catéteres urinarios; los suministros excluidos incluyen, pero no son limitados a vendajes y otros suministros médicos desechables, preparaciones de la piel y tiras de prueba, excepto lo dispuesto en otras partes de este folleto;
- artículos personal o comodidad tales como equipos de cuidado personal proporcionados en la admisión a un Hospital, televisión, teléfono, fotografías de bebés recién nacidos, comidas gratis, anuncios de nacimiento y otros artículos que no son para el tratamiento específico de la enfermedad o lesión;
- artículos artificiales, incluyendo pero no limitado a zapatos ortopédicos correctivos, soportes para el arco, medias, ligeros, corsés, prótesis y pelucas;
- artículos o dispositivos que ayudan con la comunicación no verbal, incluyendo pero no limitado a tableros de comunicación, dispositivos de comunicación pregrabado, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (siglas en inglés "PDAs"), máquinas de escribir Braille, sistemas de alerta visuales para sordos y libros de memoria; y
- las otras exclusiones enumeradas en "Exclusiones Generales" o en otras partes de este folleto.

# **CUIDADO PREVENTIVO Y OTROS BENEFICIOS MEDICOS**

## **Visitas Al Consultorio**

El Fondo cubre las visitas al consultorio de médicos y especialistas.

## **Cuidado De La Mujer**

El Fondo cubre un examen de la mujer por Año del Fondo.

## **Examen Físico Anual**

El Fondo cubre un examen físico por año del Fondo. La cobertura incluye laboratorio y rayos-x facturados por la Oficina del doctor, así como servicios adicionales, tales como análisis de orina, EKG y otras pruebas laboratorio.

## **Vacunaciones**

El Fondo cubre todas las vacunas necesarias. El Fondo también cubre las visitas al consultorio para vacunación si lo cobran por separado.

## **Terapia De Radiación**

El Fondo cubre la terapia de rayo-x profunda y el componente de los cargos del médico. Los cargos de Hospital para el uso de componente técnico se pagarán sobre la misma base en cuanto a la terapia Dentro de la Red.

## **Diálisis**

El Fondo cubre beneficios de diálisis hasta que usted se hace elegible para cobertura bajo Medicare. La cobertura incluye la hemodiálisis y la diálisis peritoneal durante una hospitalización. Diálisis para pacientes ambulatorios se cubre de la siguiente manera:

- **Cobertura en la casa** – todos los suministros adecuados y necesarios requeridos para el tratamiento de diálisis en el hogar, así como el alquiler de equipos.
- **Cobertura en un Hospital o un centro independiente** – el tratamiento necesario si el programa de diálisis de la instalación es aprobada por las autoridades gubernamentales competentes.

## **Cuidado Médico Domiciliario**

El cuidado médico domiciliario incluye cargos por servicios de salud en el hogar cuando usted requiere cuidado especializado, no puede obtener el cuidado necesario como paciente ambulatorio externo y que no requiere confinamiento en un Hospital u otro centro de cuidado de la salud.

Los servicios de cuidado médico domiciliario son proporcionados solo si Cigna ha determinado que el hogar es un lugar apropiado médicamente. Si usted es menor de edad o un adulto que es dependiente de los demás para el cuidado no profesional y/o servicios de custodia (*por ejemplo*, bañarse, comer, ir al baño), los servicios de atención médica domiciliaria serán proporcionados sólo cuando hay un miembro de la familia o cuidador presente en casa para satisfacer sus necesidades del cuidado no profesional o del servicio custodio.

Los servicios de cuidado médico domiciliario son los servicios de salud calificados que pueden ser proporcionados durante las visitas de otros profesionales de la salud. Los servicios de un ayudante del cuidado médico domiciliario están cubiertos cuando se procesa en apoyo de los servicios especializados de salud proporcionados por otros profesionales de la salud. Una visita se define como un período de 2 horas o menos. Los servicios de cuidado médico domiciliario están sujetos a un máximo de 16 horas en total por día. La terapia de infusión en el hogar administrado o utilizado por otros profesionales de la salud en la prestación de servicios de salud en el hogar y suministros médicos consumibles necesarios están cubiertos. Los servicios médicos domiciliario no incluyen servicios por una persona que es miembro de su familia o de sus dependientes o que normalmente reside en su casa o de sus dependientes, incluso si esa persona es otro profesional del cuidado de la salud. Los servicios de enfermería especializada o servicios privados de enfermería proporcionados en el hogar están sujetos a los términos, condiciones y limitaciones de beneficios. Los servicios de terapia física, ocupacional y otros servicios de rehabilitación a corto plazo en el hogar no están sujetos a las limitaciones del programa de beneficio de salud en el hogar, pero están sujetos a las limitaciones del beneficio descritos bajo el máximo de terapia de rehabilitación a corto plazo.

El cuidado médico domiciliario está sujeto a un máximo de 40 días por año del Fondo.

Se requiere pre-certificación.

### **Atención En Un Centro De Enfermería Especializada**

El Fondo cubre hasta 60 días de hospitalización cada Año del Fondo para el cuidado de enfermería especializada en un establecimiento cuando un médico determina que el cuidado es "Médicamente Necesario".

La estadía en el centro de enfermería especializada debe ser inmediatamente después de un confinamiento de Hospital por una enfermedad grave.

Se requiere pre-certificación.

Un centro de enfermería especializada es una institución con licencia (que no sea un Hospital) que se especializa en:

- Rehabilitación física para pacientes hospitalizados o
- Enfermería especializada y cuidado médico para pacientes hospitalizados

Pero sólo si la institución mantiene en las instalaciones todo lo necesario para el tratamiento médico, proporciona tal tratamiento para compensación bajo la supervisión de los médicos y ofrece servicios de enfermeras.

### **Exclusiones Para Cuidado En Instalaciones De Enfermería Especializada**

Además de las exclusiones generales del Fondo, los siguientes no están cubiertos por los beneficios para el cuidado de enfermería especializada en la instalación:

- beneficios para una enfermedad o accidente laboral
- cualquier servicio prestado por una persona que es miembro de la familia del paciente o que normalmente vive con el paciente, y
- servicios para cualquier enfermedad que no está cubierta.

### **Cuidado De Hospicio**

El cuidado de hospicio incluye cargos hechos por una persona que ha sido diagnosticada que tiene seis meses o menos de vida debido a una enfermedad terminal. Se proporcionan los siguientes servicios de cuidado de hospicio:

- Centro de hospicio para cama y alojamiento y servicios y suministros;
- Centro de hospicio para los servicios prestados de forma ambulatoria;
- Médico para los servicios profesionales;
- Psicólogo, trabajador social, consejero familiar o un ministro ordenado para el asesoramiento individual y familiar;
- Tratamiento de alivio del dolor, incluyendo drogas, medicinas y suministros médicos;
- Otro establecimiento del cuidado de salud para:
  - Cuidado de enfermería a tiempo parcial o intermitente por o bajo la supervisión de una enfermera;
  - Servicios a tiempo parcial o intermitentes por otro profesional de salud;
- Terapia Física, ocupacional y del habla;
- Suministros médicos, tales como drogas y medicamentos dispensados legalmente solamente por prescripción escrita de un médico; y
- Servicios de laboratorio, pero sólo en la medida que tales gastos habría sido pagadero bajo la póliza si la persona había permanecido o ha sido confinada en un Hospital o un hospicio.

Los servicios del cuidado de hospicio no incluyen gastos para:

- Los servicios de una persona que es miembro de su familia o de sus dependientes o que reside normalmente en su casa o de sus dependientes;
- Durante cualquier período cuando usted o su dependiente no está bajo el cuidado de un médico;
- Servicios o suministros no incluidos en el programa de cuidado de hospicio;
- Para cualquier curativo o los procedimientos de prolongación de la vida;
- En la medida en que los demás beneficios son pagaderos para los gastos del Fondo;

- Para servicios o suministros principalmente para ayudarle a usted o sus dependientes en la vida diaria.

Se requiere pre-certificación.

Una instalación de hospicio es una institución o parte del que:

- Principalmente proporciona cuidados para enfermos terminales;
- Está acreditado por la organización nacional de hospicios;
- Cumple con los estándares establecidos por Cigna; y
- Cumple con los requisitos de licencias del estado o localidad en que opera.

Una enfermedad terminal se considerará que existe si una persona se enferma terminalmente con un pronóstico de seis meses o menos para vivir, como es diagnosticado por un médico.

### **Servicios De Visitas Por Enfermera**

El Fondo cubre los servicios médicamente necesarios proporcionados por enfermeras registradas y licenciadas, para consultas ambulatorias hasta 40 visitas externas y 30 días para paciente internado por año del Fondo. La cobertura incluye los servicios de los asistentes certificados de cuidado médico domiciliario.

Se requiere pre-certificación.

### **Terapia Inyectada**

El Fondo cubre las inyecciones para las articulaciones y el costo de los medicamentos sujetos a un copago de \$50. La cobertura no incluye:

- visitas para las inyecciones de hígado, hierro y vitamina B-12 para la anemia secundaria,
- inyecciones de hormonas para la menopausia, y
- inyecciones para otros medicamentos no específicos, como la penicilina y otros antibióticos.

### **Trastornos Rutinarios Del Pie – Servicios De Podología**

El Fondo cubre un máximo de 25 visitas cada Año del Fondo para servicios médico podológicos relativos a los trastornos rutinarios del pie, incluidos los servicios de tratamientos de la diabetes. Los servicios cubiertos incluyen el tratamiento de callos, juanetes, uñas de los pies, pies planos, tobillos caídos, pies débiles, estiramiento crónico de pie o problemas sistemáticos.

Se requiere precertificación sólo para cirugía en el Hospital.

## **Servicios De Terapia de Rehabilitación A Corto Plazo – Terapia Física, Ocupacional, Cognitiva, Del Habla, Pulmonar Ambulatoria, Y Terapia De Rehabilitación Cardíaca**

El Fondo cubre un máximo de 60 días de terapia de rehabilitación a corto plazo cada Año del Fondo para todas las terapias combinadas (Servicios combinados Dentro-de-la-Red y Fuera de la Red). Los días de terapia, son parte del cuidado de salud domiciliario aprobado que se acumulan al máximo de la terapia de rehabilitación a corto plazo.

Se requiere pre-certificación.

El Fondo cubre la terapia de rehabilitación a corto plazo como parte de un programa de rehabilitación, incluyendo física, del habla, rehabilitación ocupacional, cognitivo, osteopática, manipulativa, cardíaca y terapia de rehabilitación pulmonar, cuando es proporcionado en un lugar médicamente apropiado. Muchos de los servicios ambulatorios de terapia de rehabilitación a corto plazo proporcionados el mismo día constituyen un día de servicio. Un copago separado se aplicará a los servicios ofrecidos por cada proveedor. No se cubren servicios que son proporcionados por un médico de la quiropráctica como terapia de rehabilitación a corto plazo.

La terapia ocupacional está cubierto sólo si se proporciona únicamente con fines de permitir a las personas realizar las actividades de vida diaria después de una enfermedad o lesión. El Fondo cubre el tratamiento por un logopeda cuando sean solicitados por un médico legalmente calificado para restaurar la pérdida del habla, para corregir la deficiencia debido a un defecto congénito para la cual se ha llevado a cabo una cirugía correctiva, o por un accidente o enfermedad (excepto un trastorno nervioso funcional).

### **Beneficios De Audición**

El Fondo cubre las evaluaciones de audición por un audiólogo y los audífonos recetados por médicos legalmente calificados. El Fondo cubre un máximo de \$1,000 cada tres (3) Años del Fondo para la compra y colocación de un audífono.

La reparación y mantenimiento no están cubiertos.

### **Equipo Médico Duradero**

El Fondo cubre gastos para la compra o alquiler de equipo médico duradero ordenado o prescrito por un médico y proporcionado por un proveedor aprobado por Cigna para uso fuera de un Hospital o centro del cuidado de la salud. La cobertura para el equipo de reparación, cambio o duplicado se proporciona sólo cuando sea necesario debido a cambios anatómicos y/o desgaste razonable. Todos los mantenimiento y reparación que se derivan de su uso indebido es su responsabilidad. La cobertura de equipo médico duradero se limita a la alternativa de menor costo, según lo determine el médico revisor de utilización.

Precertificación se requiere para equipo médico duradero que cuesta \$500 o más.

El equipo médico duradero se define como elementos que están destinados y capaces de soportar uso repetido por más de una persona, suelen servir un propósito médico, generalmente no son

útiles en ausencia de lesión o enfermedad, son apropiados para uso en el hogar y no son desechables. Dicho equipo incluye, pero no se limita a, muletas, camas de Hospital, respiradores, sillas de ruedas y máquinas de diálisis.

Artículos de equipo médico duradero que no están cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- **Artículos Relacionados de Cama:** bandejas de cama, mesa sobre la cama, almohadas, equipo de dormitorio personalizado, cuñas, colchones, incluyendo colchones no mecánicos, colchones personalizados y colchones posturedico;
- **Artículos Relacionados de Baño:** ascensores de baño, piscina de remolinos no portables, rieles de bañera, rieles de inodoro, asientos de inodoro elevados, bancos de baño, taburetes de baño, duchas de mano, baños de parafina, alfombras de baño y balnearios;
- **Sillas, elevadores y dispositivos de pie:** sistemas de movilidad computarizados o giroscópico, sillas que ruedan, sillas geriátricos, sillas de cadera, ascensores de asiento (mecánico o motorizado) elevadores de paciente (mecánico o motorizado),– Ascensores hidráulicos manuales están cubiertos si el paciente es trasladado por dos personas) y sillas de auto inclinación;
- **Accesorios para Bienes Inmuebles:** ascensores de techo y rampas para sillas de ruedas;
- **Modificaciones para Carro/Furgoneta**
- **Artículos de Calidad de Aire:** humidificadores de habitación, vaporizadores, purificadores de aire y máquinas electrostáticas;
- **Artículos Relacionado de Inyección/Sangre:** puños de presión de sangre, centrífugas, bolígrafos nova e inyectores sin aguja;
- **Otros Equipos:** lámparas de calor , almohadillas calientes, criounidades, máquinas de crioterapia, terapia electrónica controlada, gabinetes ultravioleta, cojines de piel de oveja y botas, junta de drenaje postural, adaptadores AC/DC, alarmas de enuresis, equipos magnéticos, escalas (adulto e infantil), planeadores de escalera, ascensores, saunas, equipo de ejercicio y máquinas de diatermia.

### **Dispositivos Y Aparatos Protésicos Externos**

El Fondo cubre gastos de la compra inicial y colocación de aparatos y dispositivos protésicos externos disponibles sólo con receta médica que son necesarios para la mitigación o corrección de una lesión, enfermedad o defecto congénito y están ordenados por su médico. La cobertura de dispositivos protésicos externos se limita a la alternativa más adecuada y rentable según lo determinado por el médico revisor de utilización.

Los dispositivos y aparatos protésicos externos incluyen aparatos de prótesis y prótesis y dispositivos ortesis y dispositivos ortesicos, aparatos y férulas.

### **Equipo Y Suministros Para Lactancia**

El Fondo cubre los equipos y suministros para lactancia Dentro de la Red. La cobertura se limita al alquiler de un extractor por cada nacimiento como sea ordenado o prescrito por un médico. La cobertura incluye los suministros relacionados.

### **Suministros Diabéticos**

El Fondo cubre lancetas, tiras reactivas de glucosa y metros.

### **Beneficios Para La Articulación Temporal Mandibular (siglas en inglés “TMJ”)**

El Fondo cubre servicios de hospitalización y ambulatorios, así como servicios quirúrgicos y no quirúrgicos. Se excluyen aparatos y tratamiento de ortodoncia. La cobertura para servicios de Articulación Temporal Mandibular (TMJ) está sujeta a la necesidad médica.

### **Beneficios De Planificación Familiar**

El Fondo cubre servicios de hospitalización y ambulatorios. Para las mujeres, el Fondo cubre los servicios quirúrgicos, tales como la ligadura de trompas y dispositivos anticonceptivos (*p. ej.*, Depo-Provera y los dispositivos intrauterinos (siglas en inglés “IUD”) ordenados o prescritos por un médico. Los diafragmas también están cubiertos cuando los servicios se prestan en el consultorio médico. Para los hombres, el Fondo cubre los servicios quirúrgicos como la vasectomía.

### **Beneficios De Cirugía Bariátrica**

El Fondo cubre la cirugía bariátrica para pacientes hospitalizados y ambulatorios. La cobertura está sujeta a necesidad médica y guías de práctica clínicas y se limita al tratamiento de la obesidad clínicamente severa, definida por el índice de masa corporal.

### **Beneficios De Trasplante De Órgano**

El Fondo cubre servicios de hospitalización y ambulatorios. La cobertura incluye servicios prestados en un centro Fuente de Vida y en un centro que no es Fuente de Vida.

Se requiere pre-certificación.

### **Beneficios Para Cuidado Dental Limitado**

El Fondo cubre servicios de hospitalización y ambulatorios. La cobertura se limita a cargos para servicios o suministros proporcionados o en relación con un accidente a los dientes naturales proporcionados en un curso continuo de tratamiento iniciado dentro de seis 6 meses del accidente. "Dientes naturales" se definen como los dientes naturales que están libres de caries, tienen al menos 50% de soporte óseo y son funcionales en el arco.

### **Beneficios Adicionales Para Pacientes Ambulatorios**

Los siguientes beneficios están también disponibles en el Fondo sujetos a gastos de desembolso aplicable que usted deberá pagar:

- Sangre y plasma de sangre, vendajes quirúrgicos, moldes, cerchas, pulmón de hierro, oxígeno y alquiler de equipo para su administración.

- Tratamiento de radio e isótopo radiactivo.
- Asistente de salud licenciado por el estado donde el servicio es proporcionado.

### **Centro De Cuidado Ambulatorio/Externo**

Se requiere precertificación para la sala de operación de un centro que no sea un Hospital.

### **Beneficios De Abuso De Sustancias Y Salud Mental**

#### **Beneficios De Salud Mental**

Los servicios de salud mental son servicios que se requieren para el tratamiento de un trastorno que afecta el comportamiento, reacción emocional o procesos de pensamiento. En la determinación de beneficios a pagar, los gastos para el tratamiento de cualquier condición fisiológica relacionada con la salud mental no se considerarán ser cargos realizados para el tratamiento de la salud mental.

Los beneficios para la salud mental son proporcionados bajo el Fondo a través de Cigna y también a través de un programa administrado por la Oficina del Fondo con D.J. o ' Grady.

Se requiere pre-certificación.

#### **Beneficios De Salud Mental Administrados Por Cigna**

##### **Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados**

Los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados incluyen servicios que son proporcionados por un Hospital mientras usted o su dependiente está confinado en un Hospital para el tratamiento y para la evaluación de salud mental. Los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados incluyen hospitalización parcial y los servicios de tratamiento de salud mental residencial.

El manejo de caso y la revisión de utilización de servicios para internos (incluidos Dentro de la Red y Fuera de la Red) son proporcionados por Salud Conductual de Cigna.

*Hospitalización Parcial-* las sesiones de hospitalización parcial son servicios que se proporcionan por no menos de 4 horas y no más de 12 horas en cualquier período de 24 horas. La hospitalización parcial está sujeta a beneficios del Fondo para la salud mental de pacientes hospitalizados.

*Servicios de Tratamiento de la Salud Mental Residencial-* Los servicios de tratamiento de salud mental residencial son servicios proporcionados por un Hospital para la evaluación y el tratamiento de los disturbios funcionales psicológicos y sociales que son el resultado de las condiciones de salud mental subaguda. Los servicios de tratamiento de salud mental residencial están sujetos a beneficios de salud mental para pacientes hospitalizados. Los servicios de tratamiento de salud mental residencial están cubiertos sólo si se aprueba a través del Manejo de Casos de Salud Conductual de Cigna.

Un centro para el tratamiento de salud mental residencial es una institución que se especializa en el tratamiento de disturbios psicológicos y sociales que son el resultado de las condiciones de salud mental, proporciona un programa de tratamiento subagudo, estructurado, psicoterapéutico bajo la supervisión de los médicos, ofrece atención las 24 horas, es un centro en el cual una persona vive en un ambiente abierto y está autorizado conforme a las leyes de la agencia autorizada como un centro de tratamiento residencial.

Se considera una persona confinada en un centro de tratamiento de salud mental residencial cuando ella o él es un paciente de cama registrado en un centro de tratamiento de salud mental residencial por recomendación de un médico.

### Servicios de Salud Mental Ambulatorios

Los servicios de salud mental ambulatorio incluyen los servicios de los proveedores cualificados para tratar la salud mental cuando el tratamiento es ambulatorio, mientras que usted o su dependiente no está confinado en un Hospital y que están siendo proporcionados en un programa individual, de grupo o programa de terapia intensivo ambulatorio de salud mental. El manejo de caso y revisión de utilización para los servicios ambulatorios (Dentro de la Red) son proporcionados por Salud Conductual de Cigna. Los servicios cubiertos incluyen, pero no limitados al, tratamiento ambulatorio de condiciones tales como ansiedad o depresión que interfiere con el funcionamiento diario, ajuste emocional o preocupaciones relacionadas con condiciones crónicas, tales como psicosis o depresión, reacciones emocionales asociadas con problemas matrimoniales o divorcio, problemas de conducta de niño/adolescente o control pobre de impulso, trastornos afectivos, o exacerbación aguda de condiciones crónica de salud mental (intervención de crisis y prevención de recaída) y prueba y evaluación ambulatorio.

Un programa de terapia de salud mental ambulatorio intensivo consta de distintos niveles o fases de tratamiento que son proporcionados por un programa de salud mental certificado/licenciado. Los programas de terapia ambulatoria intensiva proporcionan una combinación de terapia individual, familiar y/o, de grupo en un día, un total de nueve horas o más a la semana. El beneficio para el programa intensivo para salud mental se cubre igual que el beneficio de salud mental ambulatoria. El programa de terapia ambulatoria intensiva está cubierto sólo si se aprueba a través del Manejo de Caso del Cuidado Salud Conductual de Cigna.

### Exclusiones de Salud Mental

Los siguientes están específicamente excluidos de los servicios de salud mental administrados por Cigna:

- Cualquier tratamiento o terapia ordenada por algún tribunal o cualquier tratamiento o terapia ordenado como una condición de libertad condicional, probatoria o bajo custodia o evaluaciones de visitación a menos que sea médicamente necesario y de otra manera cubierto por el Fondo.
- Tratamiento de los trastornos que han sido diagnosticados como trastornos mentales orgánicos asociados a la disfunción permanente del cerebro.

- Trastornos del desarrollo, incluyendo pero no limitado a, trastorno del desarrollo de lectura, trastornos del desarrollo aritméticos, trastornos del desarrollo de lenguaje o trastorno del desarrollo de la articulación.
- Consejería para actividades de carácter educativo.
- Consejería para el funcionamiento del límite intelectual.
- Consejería para problemas laborales.
- Consejería relacionada con sensibilización.
- Consejería vocacional o religiosa.
- Pruebas de coeficiente intelectual.
- Cuidado custodio, incluyendo pero no limitado a la atención geriátrica de día.
- Pruebas psicológicas en niños solicitadas por y para un sistema escolar.
- Programas de terapia ocupacional/recreativa aunque esté combinada con terapia de apoyo para la declinación cognoscitiva relacionada con la edad.

### **Beneficios De Salud Mental Administrados Por El Fondo**

El Fondo también ofrece beneficios para el tratamiento de salud mental a través de un programa suplementario administrado por la Oficina del Fondo con D.J. O'Grady. Estos beneficios se proporcionan Dentro de la Red solamente e incluyen servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Se requiere precertificación, por lo que debe comunicarse con la Oficina del Fondo antes de recibir beneficios. Si no obtiene la precertificación de la Oficina del Fondo para estos beneficios, el Fondo no cubrirá su tratamiento. La Oficina del Fondo hará acuerdos con profesionales en el campo para la evaluación profesional que se utilizará para determinar si necesita tratamiento hospitalizado o ambulatorio. Entonces usted será dirigido por la Oficina del Fondo a un lugar adecuado para el tratamiento. Tenga en cuenta que el tratamiento bajo este programa suplementario está limitado a 25 sesiones por año para el tratamiento de salud mental.

### **Beneficios De Abuso De Sustancias**

También se ofrecen beneficios de abuso de sustancias en el Fondo a través de Cigna y también a través de un programa administrado por la Oficina del Fondo con, D.J. O'Grady.

Se requiere pre-certificación.

### **Beneficios De Abuso De Sustancias Administrados Por Cigna**

#### **Servicios de Rehabilitación de Abuso de Sustancias para Pacientes Hospitalizados**

Los Servicios de Rehabilitación de Abuso de Sustancias para Pacientes Hospitalizados son servicios para la rehabilitación, mientras que usted o su dependiente están confinado en un Hospital, cuando sea necesario para el diagnóstico y tratamiento de abuso o adicción al alcohol y/o drogas. El manejo de caso y revisión de utilización para servicios hospitalarios (incluidos Dentro de la Red y Fuera de la Red) son proporcionados por Salud Conductual de Cigna. Los servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados incluyen sesiones de hospitalización parcial y servicios de tratamiento de abuso de sustancias residencial.

*Hospitalización Parcial-* Las sesiones de hospitalización parcial son servicios que se proporcionan por no menos de 4 horas y no más de 12 horas en cualquier período de 24 horas. La

hospitalización parcial está sujeta a los beneficios del Fondo para abuso de sustancias para pacientes hospitalizados.

*Servicios de Tratamiento de Abuso de Sustancias Residencial-* Los servicios de tratamiento de abuso de sustancias residencial son servicios proporcionados por un Hospital para la evaluación y el tratamiento de los disturbios funcionales psicológicos y sociales que son el resultado de las condiciones de abuso subagudo. Los servicios de tratamiento de abuso de sustancias residencial están sujetos a los beneficios del Fondo para abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. Los servicios de tratamiento de abuso de sustancias residencial están cubiertos sólo si son aprobados a través del Manejo de Casos de Salud Conductual de Cigna.

Un centro de tratamiento de abuso de sustancias residencial es una institución que se especializa en el tratamiento de disturbios psicológicos y sociales que son el resultado de abuso de sustancias, proporciona un programa de tratamiento subagudo, estructurado, psicoterapéutico bajo la supervisión de los médicos, ofrece atención las 24 horas en donde una persona vive en un entorno abierto y está autorizado de acuerdo a las leyes de la agencia apropiada legalmente autorizada como un centro de tratamiento residencial.

Se considera una persona confinada en un centro de tratamiento de abuso de sustancias residencial cuando ella o él es un paciente de cama registrado en un centro de tratamiento de abuso de sustancias residencial por recomendación de un médico.

#### Servicios Para Rehabilitación de Abuso de Sustancias Ambulatorios

Los servicios ambulatorios de rehabilitación de abuso de sustancias incluyen servicios prestados para el diagnóstico y tratamiento de abuso o adicción al alcohol y/o drogas, mientras que usted o su dependiente no está confinado en un Hospital, incluyendo rehabilitación ambulatoria en un programa de terapia intensivo para abuso de sustancias o individual. El manejo de caso y revisión de utilización para los servicios ambulatorios (Dentro de la Red solamente) son proporcionados por Salud Conductual de Cigna.

Un programa de terapia intensivo ambulatorio de abuso de sustancias consiste en distintos niveles o fases de tratamiento que son proporcionados por un programa de abuso de sustancias certificado/licenciado. Los programas de terapia ambulatoria intensiva proporcionan una combinación de terapia individual, familiar y/o de grupo diaria, por un total de nueve horas o más a la semana. El beneficio del programa de tratamiento ambulatorio intensivo se cubre de la misma manera que el abuso de sustancias como paciente ambulatorio. El programa de terapia ambulatoria intensiva está cubierto sólo si se aprueba a través de Manejo de Cuidado de Salud Conductual de Cigna.

*Servicios de Desintoxicación de Abuso de Sustancias-* Los servicios de desintoxicación y servicios auxiliares médicos correspondientes se proporcionan cuando sea necesario para el diagnóstico y tratamiento de la adicción al alcohol y/o drogas. Cigna decidirá, basado en la necesidad médica de cada situación, si dichos servicios serán proporcionados en un ambiente de hospitalización o ambulatorio.

## Exclusiones de Abuso de Sustancias

Los siguientes están específicamente excluidos de los servicios de salud mental administrados por Cigna:

- Cualquier tratamiento o terapia ordenada por algún tribunal o cualquier tratamiento o terapia ordenado como una condición de libertad condicional, probatoria o bajo custodia o evaluaciones de visitación a menos que sea médicamente necesario y de otra manera cubierto por el Fondo.
- Tratamiento de los trastornos que han sido diagnosticados como trastornos mentales orgánicos asociados a la disfunción permanente del cerebro.
- Trastornos del desarrollo, incluyendo pero no limitado a, trastorno del desarrollo de lectura, trastornos del desarrollo aritméticos, trastornos del desarrollo de lenguaje o trastorno del desarrollo de la articulación.
- Consejería para actividades de carácter educativo.
- Consejería para el funcionamiento del límite intelectual.
- Consejería para problemas laborales.
- Consejería relacionada con sensibilización.
- Consejería vocacional o religiosa.
- Pruebas de coeficiente intelectual.
- Cuidado custodio, incluyendo pero no limitado a la atención geriátrica de día.
- Pruebas psicológicas en niños solicitadas por y para un sistema escolar.
- Programas de terapia ocupacional/recreativa aunque este combinada con terapia de apoyo para la declinación cognoscitiva relacionada con la edad.

## **Beneficios De Abuso De Sustancias Administrados Por El Fondo**

El Fondo también ofrece beneficios para el tratamiento de la adicción de alcohol y drogas a través de un programa suplementario administrado por la Oficina del Fondo con D.J. O'Grady. Estos beneficios se proporcionan solamente Dentro de la Red e incluyen servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Se requiere pre-certificación, por lo que debe comunicarse con la Oficina del Fondo antes de recibir beneficios. Si no obtiene la pre-certificación de la Oficina del Fondo para estos beneficios, el Fondo no cubrirá su tratamiento. La Oficina del Fondo hará acuerdos con profesionales en el campo para la evaluación profesional que se utilizará para determinar si necesita tratamiento hospitalizado o ambulatorio. Entonces será dirigido por la Oficina del Fondo a un lugar adecuado para el tratamiento. Tenga en cuenta que el tratamiento bajo este programa suplementario se limita a 30 días por 24 meses para tratamiento de abuso de sustancias (pacientes internos y ambulatorios combinados).

# BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

## Cómo Funciona El Beneficio De Medicamentos Recetados

El Fondo proporciona cobertura a través de Optum RX para medicinas recetadas compradas en una farmacia participante o a través del programa de pedidos por correo de Optum RX. La cobertura depende de la opción que usted utiliza. La siguiente tabla resume estos beneficios.

| <b>Recetas de Farmacia Participante (hasta 30 días de suministro)</b>                       | <b>Lo que usted paga</b>  |
|---|---|
| Medicamentos genéricos  | Copago de \$25  |
| Medicamentos de marca cuando no hay equivalentes genéricos disponibles                      | Copago de \$25  |
| Medicamentos de marca cuando los equivalentes genéricos están disponibles                   | Copago de \$25, además de la diferencia de costo entre marca y genérico |
| Medicamentos inyectables  | Copago de \$50  |
| <b>Las recetas a través del Programa de Pedido por Correo (hasta 90 días de suministro)</b> | <b>Lo que usted paga</b>  |
| Medicamentos genéricos  | Copago de \$35  |
| Medicamentos de marca cuando no hay equivalentes genéricos disponibles                      | Copago de \$35  |
| Medicamentos de marca cuando los equivalentes genéricos están disponibles                   | Copago de \$35, además de la diferencia de costo entre marca y genérico |
| Medicamentos inyectables  | Copago de \$50  |

## ¿Qué Tipos De Medicamentos Recetados Están Cubiertos?

Los medicamentos cubiertos incluyen toda la inscripción de drogas federal o estatal así como insulina. Las jeringas de insulina, lancetas y tiras de pruebas están cubiertas solamente a través del pedido por correo. Hay limitaciones sobre la cantidad en ciertos medicamentos para el tratamiento de la impotencia, migraña, asma y alergias como es indicado por el fabricante.

## Política Genérica Obligatoria

El Fondo tiene una política genérica obligatoria, que significa que si usted solicita un medicamento de marca cuando un equivalente genérico está disponible, usted será responsable de la diferencia de precio entre la marca y el genérico, además del copago aplicable.

## Medicamentos De Mantenimiento Ordenado Por Correo

Debe utilizarse la opción de pedido por correo para medicamentos que usted toma de forma regular o a largo plazo (llamado "medicamentos de mantenimiento"). Se le permite llenar su receta inicial y obtener una recarga adicional en una farmacia de venta al por menor. Después de estos dos rellenos iniciales, usted debe usar la farmacia de pedido por correo para surtir la receta.

Si pierde su tarjeta de identificación de Optum RX, debe llamar la Oficina del Fondo al (718) 859-1624, (718) 842-1212 o (732) 882-1901 para pedir un reemplazo de su tarjeta.

### **Rellenos Pedidos Por Correo**

Los rellenos de medicamentos no se envían automáticamente. Usted debe completar el formulario de relleno incluido con cada envío de Optum RX y enviarlo con su información de tarjeta de crédito o cheque a la dirección proporcionada. También puede llamar para solicitud su relleno llamando al 800-797-9791 o visitando el sitio web en [www.optumrx.com](http://www.optumrx.com). Su pedido no se llevará a cabo si su balance es más de \$50. Usted debe permitir dos semanas para la entrega.

### **Limitaciones Y Exclusiones De Medicamentos Recetados**

Los siguientes artículos no están cubiertos por el Fondo:

- vitaminas;
- tratamientos dentales;
- píldoras de dieta;
- complementos alimenticios;
- bebidas de proteína;
- tratamientos de fertilidad;
- medicamentos que se usan con fines cosméticos;
- artículos sin receta como remedios para resfriado y vendajes para heridas;
- medicamentos o drogas que no son médicamente necesarios;
- medicamentos o drogas que son cubiertos por o deben estar cubiertos por un seguro de compensación de trabajadores;
- medicamentos o drogas que son cubiertas por o deben estar cubierto por seguro de automóvil; y
- cualquier otra exclusión bajo — Exclusiones, Excepciones y Limitaciones Generales.

Su cobertura de medicamentos recetados está también sujeta a las siguientes limitaciones:

- Anticonceptivos orales e inyectables son cubiertos únicamente con fines no anticonceptivos. Usted debe presentar una carta de necesidad médica a la Oficina del Fondo para solicitar la autorización de estos medicamentos.
- Vacunas, hormonas de crecimiento y algunos tratamientos de cáncer también requieren una carta de necesidad médica.

### **Control De Diabetes**

Los Administradores del Fondo están buscando continuamente formas para mejorar la salud y el bienestar de usted y su familia. Como resultado de este esfuerzo, un nuevo dispositivo libre de dolor para la diabetes ha sido traído a nuestra atención.

Uno de los proveedores destacados en la industria es Diabetes Support Program que les proporcionará a los participantes y a los miembros de la familia cubiertos que tienen diabetes con un medidor Freestyle, tiras y lancetas **SIN COSTO PARA USTED**. El monitor Freestyle le permite a los diabéticos hacerse la prueba de azúcar en la sangre en sus antebrazos u otros sitios del cuerpo sin el dolor asociado con la prueba de dedo tradicional. El medidor está clasificado como el más exacto para la prueba casera y es rápido y fácil de usar.

El Diabetes Support Program le proporcionará las tiras y lancetas a usted **SIN COSTO PARA USTED NI COPAGO** si utiliza sus servicios. Es importante que los diabéticos controlen su azúcar en la sangre para vivir una vida sana, y es por eso que los administradores sienten que este beneficio es importante para usted.

El Diabetes Support Program le enviará los suministros diabéticos a su casa por correo sin costo alguno. Ellos pueden ser contactados durante el horario de 9:00 a 5:00 p.m. de lunes a viernes al (561) 795-9806.

La compañía también nos ha asegurado que le responderá todas las preguntas de manera amable y rápida y le ayudará de cualquier manera posible.

El Diabetes Support Program no proporciona insulina. La insulina debe obtenerse del programa de farmacia de pedido por correo.

### **Reclamaciones De Beneficios De Medicamentos Recetados**

Para obtener información sobre la presentación de reclamos de medicamentos con receta, vea la sección llamada "Procedimientos para Reclamos y Apelaciones."

## **BENEFICIOS DE LA VISIÓN**

Los beneficios de la visión descritos en esta sección son administrados por Healthplex, Inc. ("Healthplex"). Usted y sus dependientes elegibles, si es aplicable, pueden recibir el subsidio para beneficios de la visión como se describe a continuación para un examen de ojo y un par de anteojos una vez cada doce meses consecutivos, contados a partir de la última vez que recibió los beneficios de la visión.

**Nota:** Si usted utiliza uno de los proveedores de cuidado de la visión en el panel del Fondo, usted recibirá un ahorro considerable en comparación con usar un proveedor fuera del panel. Usted puede obtener una lista de proveedores del panel del Fondo de la Oficina del Fondo.

### **Cómo Funciona**

Se puede utilizar cualquier proveedor de su elección. Primero llame a la Oficina del Fondo para un comprobante óptico. Usted será obligado a pagar el costo completo de los servicios y suministros por adelantado, y el Fondo le reembolsará una vez cada doce meses consecutivos a partir de la fecha que recibió los beneficios para cuidado de la visión, hasta las siguientes cantidades

:

- \$15 para los exámenes de la vista
- \$65 para la receta anteojos (lentes y marcos) o hasta \$100 para lentes de contacto recetados.

Se le reembolsarán solamente las cantidades indicadas anteriormente. Si su examen, anteojos o contactos cuestan más que la cantidad indicada anteriormente, usted será responsable de esa cantidad adicional. Para obtener un reembolso por servicios, presente el cupón completo con un recibo o factura por el servicio de visión y envíelo a la Oficina del Fondo.

Tenga en cuenta que el tratamiento médico de los ojos y la cirugía realizada en los ojos pueden ser cubiertos por sus beneficios médicos o cirugía. Vea la sección llamada "Beneficios de Hospital" para obtener más información.

### **Lo Que No Está Cubierto**

El Fondo no proporciona cobertura por los siguientes:

- gafas de sol (simple o recetados);
- cualquier beneficio cubierto, o que deba ser cubierto por, o que podría ser cubierto por un seguro de compensación de trabajadores;
- beneficios pagaderos a través de la ley de seguro "sin culpa" o una ley de motorista sin seguro o cualquier otro seguro de automóvil para esos gastos;
- servicios o beneficios recibidos de instituciones federales, estatales o municipales o la Administración de Veteranos; y

- cualquier otra exclusión que aparece en "Exclusiones, Excepciones y Limitaciones Generales".

## **BENEFICIOS DENTALES**

Los beneficios dentales para usted y, si es aplicable, sus dependientes elegibles son proporcionados por el Fondo a través de una póliza de seguro con Dentcare. Los términos completos de estos beneficios se establecen en la póliza o Certificado de Seguro con DentCare. Por favor, consulte estos documentos para obtener información sobre su cobertura.

El beneficio máximo dental pagable por persona por Año del Fondo es de \$2,000. El límite máximo de ortodoncia pagable de por vida es de \$1,650. El límite de la ortodoncia se aplica sólo a niños menores de 19 años.

Una cobertura dental muy limitada es proporcionada por el Fondo a través de los beneficios médicos administrado por Cigna. Por favor consulte la sección anterior de este SPD que discute esos beneficios para obtener información detallada sobre su cobertura. Donde la cobertura es proporcionada por el Fondo a través de Cigna, los términos del SPD que regulan estos beneficios gobernarán. La pre-certificación es un requisito para administrar los beneficios.

# **BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA**

## **Seguro De Vida Del Participante**

El Fondo paga una suma de \$10,000 a su beneficiario nombrado si usted muere mientras que está cubierto por el Fondo. Este seguro es proporcionado a través de la Oficina del Fondo.

| <b>Pérdida Cubierta</b> | <b>Beneficio</b> |
|-------------------------|------------------|
| Vida                    | \$10,000         |

## **Designación De Un Beneficiario**

Para designar o cambiar a su beneficiario para su beneficio de seguro de vida, debe llenar una tarjeta de designación de beneficiario, que está disponible en la Oficina del Fondo.

Si no nombra a un beneficiario, o si la persona que usted nombra muere primero que usted, el beneficio se pagará a las siguientes personas sobrevivientes en este orden:

- su conyugue,
- sus hijos (en partes iguales),
- sus padres (en partes iguales), o
- sus hermanos y hermanas (en partes iguales).

Si no designa a un beneficiario y la persona o personas mencionadas no viven en el momento de su muerte, se pagarán los beneficios a sus herederos.

## **Seguro De Vida Para Dependiente**

Si alguno de sus dependientes cubiertos muere mientras que está cubierto por el Fondo, usted recibirá un beneficio de seguro de vida de \$5,000.

## **Exclusiones Y Limitaciones Del Seguro De Vida**

Las siguientes exclusiones y limitaciones se aplican para el beneficio de seguro de vida:

- En caso de su muerte, el beneficiario recibirá una suma global bajo el beneficio de seguro de vida, pero **no** por muerte accidental.
- Ningún beneficio será pagadero si la muerte ocurre como resultado de participar en carreras de vehículos de motor o pruebas de velocidad.
- Ningún beneficio será pagadero si la muerte ocurre como resultado de su acto violento o criminal intencional o suicidio.

- Ningún beneficio será pagadero si la muerte ocurre como resultado de la operación de un vehículo de motor en estado de ebriedad o mientras que la capacidad de operar tal vehículo de motor es deteriorada por el uso de droga, ya sea legal o no.
- Ningún beneficio será pagadero si la muerte ocurre como resultado de un acto delictivo grave, o por evitar la aprensión legal o el arresto por un oficial de la ley.
- Ningún beneficio será pagadero si la muerte ocurre como resultado de operar u ocupar un vehículo de motor que fue robado.
- Ningún beneficio será pagadero si la muerte ocurre como resultado de operar un vehículo de motor privado como un medio de transporte público o libre.
- Ningún beneficio será pagadero si cualquier otra causa de exclusión es aplicable bajo "Exclusiones, Excepciones y Limitaciones Generales".

### **Reclamaciones De Beneficios Del Seguro De Vida**

Para obtener información sobre la presentación de un reclamo de seguro de vida, vea la sección llamada "Procedimiento para Reclamos y Apelaciones."

# **BENEFICIOS POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL**

El Fondo ofrece un beneficio de seguro en caso de su muerte accidental o lesiones graves que se produce únicamente a través de medios externos, violentos y accidentales. Este beneficio es adicional a cualquier otro beneficio que usted puede ser elegible para recibir. La cantidad de beneficio que recibe por una Muerte y Desmembramiento Accidental (siglas en inglés "AD & D") está basado en su pérdida específica y sobre el beneficio de muerte aplicable.

Si su empleador está contribuyendo al nivel más alto en el momento cuando los beneficios son pagables de este Fondo, el beneficio máximo es de hasta \$10,000 en caso de muerte accidental o desmembramiento de las manos, los pies o la vista cuando esté fuera del trabajo. Si su empleador está contribuyendo a un nivel menor, el beneficio máximo es \$7,000.

Si el accidente resulta en su muerte, el beneficio es pagado a su beneficiario nombrado. Si el accidente causa desmembramiento o pérdida de la vista, el beneficio se paga directamente a usted. La cantidad de beneficio se muestra en la tabla "Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental".

## **Pérdida Cubierta**

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| Vida  | 100% de su beneficio máximo |
| Las dos manos, o, ambos pies o la vista de ambos ojos | 100% de su beneficio máximo |
| Una mano y un pie                                     | 100% de su beneficio máximo |
| Una mano o pie y la vista de un ojo                   | 100% de su beneficio máximo |
| Una mano o un pie                                     | 50% de su beneficio máximo  |
| Vista de un ojo                                       | 50% de su beneficio máximo  |

Desmembramiento significa separación de una extremidad o por encima de la muñeca o articulación del tobillo. La pérdida de visión significa la pérdida completa e irrevocable de la vista.

La pérdida debe haber ocurrido dentro de noventa 90 días desde la fecha del accidente. Además, si un accidente resulta en más de una pérdida, sólo una cantidad es pagable- la más grande a la que tiene derecho.

Los beneficios AD & D cubren solamente accidentes fuera del empleo y no cubre pérdidas causadas directa o indirectamente por:

- viajes en avión como pasajero que paga tarifa en una aerolínea comercial regular;
- Comisión de un delito; o
- autodestrucción intencional o lesiones intencionalmente infligidas a sí mismo.

### **Exclusiones Y Limitaciones Por Muerte Y Desmembramiento Accidental**

Las siguientes exclusiones y limitaciones se aplican para el beneficio de muerte y desmembramiento accidental:

- En caso de su AD & D, el beneficiario recibirá una suma global bajo un beneficio de muerte accidental, pero **no** el beneficio de seguro de vida.
- Ningún beneficio será pagadero si AD & D se produce como resultado de la participación en carreras de vehículos de motor o pruebas de velocidad.
- Ningún beneficio será pagadero si AD & D se produce como consecuencia de su acto violento o criminal intencional o suicidio.
- Ningún beneficio será pagadero si AD & D ocurre como resultado de operar un vehículo de motor en estado de ebriedad o mientras que la capacidad de operar tal vehículo de motor es deteriorada por el uso de una droga, ya sea legal o no.
- Ningún beneficio será pagadero si AD & D se produce como consecuencia de cometer un acto delictivo grave, o evitar la aprensión legal o el arresto por una aplicación de la ley oficial.
- Ningún beneficio será pagadero si AD & D ocurre como resultado de operar o la ocupación de un vehículo que fue robado.
- Ningún beneficio será pagadero si AD & D se produce como resultado de operar un vehículo de motor privado como un medio de transporte público o libre.
- Ningún beneficio será pagadero si cualquier otra causa de exclusión es aplicable bajo "Exclusiones, Excepciones y Limitaciones Generales".

### **Reclamaciones De Beneficio Por Muerte Y Desmembramiento Accidental**

Para obtener información sobre la presentación de un reclamo por muerte y desmembramiento accidental, vea la sección llamada "Procedimientos de Reclamos y Apelaciones."

# LIMITACIONES, EXCEPCIONES Y EXCLUSIONES GENERALES

El Fondo no proporciona cobertura para todo tipo de gastos relacionados con la salud. Además de las exclusiones ya mencionadas en diversas secciones de este folleto, ningún beneficio es pagadero por lo siguiente:

- gastos para el cuidado que no es médicamente necesario, salvo lo específicamente dispuesto en este manual;
- cargos que han sido pagados por otra compañía de seguros (vea la sección "Coordinación de Beneficios");
- gastos por servicios o suministros, por los cuales un tercero está obligado a pagar debido a la negligencia o agravio o error de ese tercero;
- cargos que no se habrían hechos si no existiera cobertura o por cargos que ni usted ni alguno de sus dependientes están obligados a pagar;
- gastos por servicios prestados o suministros proporcionados: (i) antes de que el reclamante estuviera cubierto en el Fondo, o (ii) después de la fecha que se termina la cobertura del reclamante, excepto bajo aquellas condiciones que se describe en este folleto;
- cargos por servicios, tratamiento o suministros que se reciben de un departamento dental o médico patrocinado por o para un empleador, asociación de beneficio mutuo, sindicato, fiduciario o cualquier persona o grupo similar;
- cargos por servicios o tratamientos en la medida que el Fondo esté prohibido por ley o reglamento de proveer tales beneficios;
- cargos para cirugía plástica o cosmética y terapia y cirugía o tratamiento relacionados con las consecuencias como resultado de la cirugía plástica, excepto como específicamente están contenidas en este manual (el Fondo cumplirá con la Ley Sobre la Mujer y los Derechos de Cáncer de 1998);
- cargos por lesiones, enfermedad o pérdidas resultantes de un acto de guerra, declarada o no declarada o participación en un delito grave, motín o insurrección;
- cargos por lesiones, enfermedad o pérdidas resultantes de lesiones corporales accidentales derivadas de y en el trabajo del individuo, excepto como específicamente están contenidas en este manual;
- cargos por consultas telefónicas, citas pérdidas o gastos agregados para llenar un formulario de reclamación;
- medicamentos o vitaminas que no requieren una orden de prescripción incluso si se ha escrito un pedido de prescripción;
- cosméticos, suplementos dietéticos, complementos alimenticios y útiles de salud o belleza independientemente de la autorización del médico;
- cargos por lesiones, enfermedad o pérdidas que son indemnizables bajo cualquier ley de compensación para trabajadores, ley de enfermedad ocupacional o legislación similar, a excepción de lo previsto en la sección de "Reembolso y Subrogación de Beneficios";
- servicios, suministros y equipos que no son necesarios para o consistente con el diagnóstico y tratamiento de accidente, enfermedad o lesión o que no son recomendados

y aprobados por un médico calificado legalmente que trabaja dentro del ámbito de su especialidad;

- pagos de servicios para una enfermedad o accidente ocasionados por la comisión de o intento de cometer un delito o tratando de evitar la aprensión legal o arresto por un oficial de la ley;
- tecnología, tratamientos y cualquier hospitalización en relación con esta tecnología incluyendo cirugía, tratamientos, procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos médicos que, en la discreción única del Fondo, sea Experimental, investigación, obsoleto o ineficaz (vea la sección "Glosario" para "Medicamentos y Procedimientos Experimentales");
- servicios médico y hospitalarios, suministros y equipo que son pagados o proporcionados por su (o cualquier persona) servicio pasado o presente en las fuerzas armadas de cualquier gobierno o pagado o proporcionados por una ley de un gobierno;
- gastos por servicios personales, como cortes de pelo, champúes y secados, las comidas de huésped y alquiler de radio y televisión en cualquier hospitalización o servicio ambulatorio;
- gastos de artículos de comodidad personal, tales como acondicionadores de aire, humidificadores, equipo de aptitud física u otros tales dispositivos que son útiles en ausencia de enfermedad o lesión;
- servicios consistentes con equipos o instalaciones utilizadas cuando el alquiler o la construcción no ha sido aprobado en conformidad con las leyes estatales o reglamentos;
- viaje o transporte recomendados o no por un médico (excepto transporte de emergencia previsto específicamente en este manual);
- cuidado en un hogar de ancianos u hogar para el envejeciente;
- cuidado custodio tales como niñeras, servicios de ama de casa o cuidado en un lugar que le sirve como su residencia;
- gastos o pérdidas que son el resultado de las lesiones auto infligidas;
- cargos por cualquier pérdida o parte de la misma, los cuales están cubiertos y son recuperables por medio de los beneficios obligatorios sin-culpa de automóvil;
- pago de servicios que son elegibles para el pago bajo las disposiciones de un contrato de seguro de automóvil, o en virtud de cualquier ley federal o estatal que exige indemnización para este tipo de servicio a las personas que sufren lesiones en accidentes de vehículo de motor, donde es permitido por la ley estatal;
- cargos por los cuales el Medicare o Medicaid es el pagador primario;
- reclamaciones presentadas después de 12 meses a partir de la fecha que se incurrió en el costo;
- gastos o cargos por servicios o suministros que son principalmente para la instrucción, educación o entrenamiento;
- cualquier gasto o cargo asociado con la adopción o paternidad sustituto;
- colección o almacenamiento de su propia sangre, hemoderivados, semen o médula salvo lo previsto; y
- cualquier gasto o los gastos incurridos en relación con lesiones al conductor u operador de un vehículo cuyas lesiones se presentan por operar tal vehículo donde el vehículo no está asegurado por el seguro reglamentariamente impuesto para vehículo de motor o el seguro de vehículo de motor no proporciona cobertura para el conductor o cuidado médico del operador como exige la ley (para otras exclusiones que implica la operación

de un vehículo de motor vea la sección "Exclusiones de Operación de Vehículo de Motor").

### **Medicamentos Experimentales Y Procedimientos**

Los servicios experimentales, en fase de investigación y no comprobados son médico, quirúrgico, diagnóstico, psiquiátrico, abuso de sustancias u otras tecnologías del cuidado de la salud, suministros, tratamientos, procedimientos, tratamientos farmacológicos o dispositivos que se determinaron por el medico revisor de utilización de Cigna que:

- no ha demostrado, a través de la literatura revisada, evidenciada, científica existente ser seguros y eficaces para tratar o diagnosticar la condición o enfermedad para la cual se propone su uso.
- no son aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (siglas en inglés- FDA) u otra agencia reguladora apropiada para comercializarse legalmente para el uso propuesto;
- están sujetos a revisión o aprobación de una Junta Revisora Institucional para el uso propuesto excepto como un "ensayo clínico"; o
- están sujetos a un ensayo clínico fase I, II o III , salvo lo previsto como un "Ensayo Clínico"

Los fármacos experimentales y en fase de investigación son todos los medicamentos recetados no inyectables, medicamentos inyectables que no requieren supervisión médica y típicamente se consideran medicamentos administrados, fármacos sin prescripción y medicamentos en fase de investigación y experimentales, excepto lo previsto en el Fondo.

### **Exclusiones Por Operación De Vehículo De Motor**

**Desde el 1 de Julio del 2008, no se ofrece cobertura para las lesiones del conductor u operador de un vehículo de motor cuyas lesiones se presentan de tal vehículo de motor donde el vehículo de motor no está cubierto por un seguro mandado por ley para vehículo de motor o el seguro de vehículo de motor no tiene cobertura de cuidado médico para el conductor u operador como exige la ley.**

Además, no hay beneficios disponibles para usted o sus dependientes elegibles, tenga o no el reclamante un seguro de vehículo de motor si el reclamante:

- provoca intencionalmente su propia lesión;
- se lesiona como resultado de operar un vehículo motorizado mientras que está en un estado de ebriedad o mientras la habilidad para manejar tal vehículo es deteriorada por el uso de una droga;
- está cometiendo un acto que constituya un delito grave, o tratando de evitar la aprensión legal o el arresto por un oficial de la ley;
- está operando un vehículo de motor en una carrera o prueba de velocidad;
- está operando u ocupando un vehículo de motor sabiendo que es robado; o.

- está operando un vehículo de motor privado como un medio de transporte público o libre.

### **REGLA ESPECIAL PARA BENEFICIOS DENTALES**

Para los beneficios dentales, por favor consulte el Certificado de Seguro del Fondo con Dentcare para obtener información sobre exclusiones, los gastos no cubiertos por el Fondo y limitaciones generales.

# COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Esta sección describe las circunstancias cuando usted o sus dependientes cubiertos pueden tener derecho a beneficios médicos del Fondo y también pueden tener derecho a recuperar todo o parte de sus gastos médicos de alguna otra fuente. También describe las reglas que se aplican cuando esto sucede.

Hay varias maneras en que usted o sus dependientes cubiertos podrían ser reembolsados por sus gastos médicos o dentales no sólo del Fondo sino también de alguna otra fuente.

Esto podría ocurrir si usted o un dependiente cubierto también está cubierto por:

- Otro plan médico de grupo; o
- Medicare o algún otro programa de gobierno, tales como Medicaid o TRICARE o cualquier cobertura que ya sea proporcionada por un gobierno federal, estatal o local o agencia, o cualquier cobertura requerida por ley federal, estatal o local, incluyendo pero no limitado a, cualquier cobertura de vehículo de Motor sin culpa para gastos médicos o la pérdida de salarios que es requerida por ley; o
- Compensación de trabajadores.

La cobertura doble de gastos médicos también puede ocurrir si un tercero es financieramente responsable por la lesión o enfermedad porque ese tercero causó la lesión o enfermedad por la acción negligente o intencionalmente errónea – *por ejemplo*, accidentes tales como resbalón y caídas debido a una condición de peligro/peligroso, errores médicos, asaltos, mordeduras de perros, etc..

El Fondo opera bajo reglas que le impiden el pago de beneficios que, junto con los beneficios de cualquier otro plan médico (Medicare, compensación, cobertura proporcionada por un gobierno federal, estatal o local o agencia, cobertura bajo cualquier cobertura de vehículo de Motor sin culpa (o cualquier otra cobertura) para gastos médicos o pérdida de salarios que es requerida por ley o recuperación que puede recibir de un tercero negligente o injusto) le permitirá recuperar más del 100% de los gastos médicos que incurre. En muchos casos, pueden recuperar menos del 100% de los gastos médicos de las fuentes duplicadas de cobertura o de recuperación. En algunos casos, el Fondo no proporciona cobertura si se puede recuperar de algún otro recurso. En otros casos, el Fondo avanzará sus beneficios, pero sólo conforme a su derecho a recuperarlos si usted o sus dependientes cubiertos realmente recuperan algunas o todas sus pérdidas de una tercera parte.

## **Cuándo Y Cómo Se Aplica La Coordinación De Beneficios (siglas en inglés "COB")**

Para efectos de este Fondo, "plan médico de grupo" significa:

- Un grupo o una compañía de seguros comprensivo, o

- un grupo de hospital o un plan de servicio médico u otro programa de pago para la cobertura médica de grupo.

Muchas familias con más de una persona que trabaja están cubiertas por más de un plan médico de grupo (o "plan"). Si este es el caso con su familia, usted debe dejarle saber a este Fondo acerca de toda su cobertura cuando usted envía una reclamación.

La Coordinación de Beneficios (o "COB") funciona para que uno de los planes (llamados el "primario") pague sus beneficios primero. El otro plan (llamado el "secundario") entonces puede pagar beneficios adicionales. **En ningún caso serán los beneficios combinados de los planes primario y el secundario más del 100% de los gastos médicos.** A veces, los beneficios combinados que reciben serán menor que el total de los gastos. El Fondo sólo pagará por los gastos cubiertos y no pagará más de la cantidad que pagaría si se tratara como primario. En otras palabras, el Fondo no pagará más que el MRC para gastos elegibles, lo que sea aplicable. Con el fin de determinar si este Fondo es el plan primario, se presentarán facturas originales de gastos médicos con su reclamo.

### **Normas Generales**

El orden de pago generalmente se determina de la siguiente manera:

- Si el otro plan no tiene una disposición COB, ese plan siempre paga primero.
- Si ambos planes tienen una disposición de coordinación, el plan que le cubre como un empleado paga sus gastos primero.
- Si su conyugue está cubierto por un plan separado, el plan separado debe cubrir los gastos de su conyugue primero.
- Si usted y su conyugue son ambos empleados cubiertos en este Fondo, usted recibirá pago primero como empleado y segundo como un dependiente.
- Si usted está cubierto por más de un plan, que no sea un plan individual, el plan que le ha cubierto por más tiempo paga primero.

### **Reglas Para Los Hijos Dependientes**

#### **Hijo Dependiente Cubierto Por Más De Un Plan –Regla de Cumpleaños**

Cuando este Fondo y otro plan cubren el mismo niño como dependiente de dos o más padres, el plan primario es el plan del padre cuyo cumpleaños cae primero en el año si:

- los padres están casados;
- los padres no están separados (estén casados o no);
- una orden judicial otorga custodia compartida sin especificar cuál de los padres debe proporcionar cobertura de salud; o
- un tribunal otorga custodia compartida y le da a cada padre igual responsabilidad para proveer cobertura de salud para sus hijos dependientes.

Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el plan que ha cubierto a cualquiera de los padres por más tiempo es el primario. Si el otro plan no tiene una regla de cumpleaños, entonces el Fondo es primario.

#### Hijo Dependiente Cubierto Por Más De Un Plan- Orden De La Corte

Cuando este Fondo y otro plan cubren el mismo niño como dependiente de dos o más padres y una orden judicial ha establecido responsabilidad por gastos del cuidado de la salud del niño, el plan del padre con esta responsabilidad es el primario.

#### Hijo Dependiente Cubierto Por Más De Un Plan – Padre Con La Custodia

Cuando este Fondo y otro plan cubren el mismo niño como dependiente de dos o más padres, si los padres no están casados, o están separados (casado o no) o son divorciados, el plan primario es:

- el plan del padre con la custodia; entonces
- el plan del conyugue con la custodia; entonces
- el plan del padre sin custodia; y entonces
- el plan del conyugue del padre sin custodia.

#### Si El Fondo Es El Plan Secundario

Cuando el Fondo es el plan secundario, pagará los mismos beneficios que habrían sido pagados si hubiera pagado primero **menos** los pagos que fueron hechos realmente por el plan (o planes) que paga primero. Si el plan primario paga beneficios igual o mayor al que habría sido pagado por el Fondo si pagó primero, este Fondo no pagará ningún beneficio. El total de los pagos de los planes primario y secundario nunca superará el total de los gastos permitidos bajo el Fondo.

#### Administración Del COB

Para administrar el COB, el Fondo se reserva el derecho de:

- intercambiar información con otros planes de pago de reclamaciones;
- requerir que usted o su proveedor de cuidado médico proporcione cualquier información necesaria;
- reembolsar a cualquier plan que hizo los pagos que este Fondo debió haber hecho; o
- recuperar cualquier pago en exceso de su Hospital, médico, dentista, otro proveedor de cuidado médico, otra compañía de seguros, de usted o su dependiente.

Para obtener todos los beneficios disponibles para usted, usted debe presentar una solicitud bajo cada plan que cubre a la persona para los gastos médicos que fueron incurridos. Sin embargo, cualquier persona que reclama beneficios bajo el Fondo debe dar toda la información que el Fondo necesita para aplicar COB.

## **Regla Especial Para Medicamentos Recetados**

No existe ninguna disposición sobre COB para medicamentos recetados. Este Fondo no hará pagos secundarios por reclamos de medicamentos recetados.

## **Coordinación Con Medicare Y Otros Planes Del Gobierno**

### **Empleados Activos o Dependientes De Empleados Activos Elegibles Para Medicare Debido A La Edad**

Si usted está cubierto por el Fondo debido a su empleo o el empleo actual de alguien con un empleador que contribuye y son también elegible para el Medicare debido a la edad, usted puede:

- Continuar su cobertura bajo el Fondo (en la medida que sigue siendo elegible) y aplazar la inscripción en Medicare; o
- Continuar su cobertura bajo el Fondo y también inscribirse en Medicare; el Fondo sería su médico primario y Medicare sería su cobertura médica secundaria siempre y cuando su cobertura bajo el Fondo sea atribuible a su actual empleo con un empleador contribuyente; o
- Dejar su cobertura bajo el Fondo e inscribirse en Medicare.

Usted debe saber que si usted deja la cobertura del Fondo, entonces la cobertura de su familia en el Fondo también terminará. Medicare será su único seguro de Hospital, médico-quirúrgico, a menos que exista cobertura a través del empleador de su conyugue o a menos que decida adquirir un seguro médico privado.

### **Individuos Cubierto Elegibles Para Medicare Debido A Discapacidad**

Si usted, su conyugue o sus hijos dependientes están cubiertos por este Fondo y por Medicare, siempre y cuando usted este activamente empleado, este Fondo paga primero y Medicare paga en segundo lugar. Si es elegible para Medicare por razón de discapacidad y deja el empleo activo, usted y su familia ya no serán cubiertos por el Fondo.

### **Medicare Y La Etapa Terminal De La Enfermedad Renal**

Si, mientras que es un empleado activo, usted o cualquiera de sus dependientes cubiertos tienen derecho a Medicare debido a insuficiencia renal terminal "(siglas en Ingles ESRD), el Fondo paga primero y Medicare pagará segundo por un período limitado de tiempo (30 meses). Después de este período de 30 meses, Medicare paga primero y el Fondo paga segundo.

Aquí esta cómo funciona el COB en situaciones de ESRD:

- Medicare generalmente impone un período de espera de tres meses en el inicio de ESRD antes de que Medicare entre en vigor. Por lo tanto, el Fondo pagaría los beneficios durante el período de espera y luego continua pagando primero por un periodo adicional de 30 meses, mientras que Medicare paga segundo durante este último período. Por lo

tanto, el Fondo pagará primero durante un período de tiempo total de 33 meses. A partir del **mes 34**, Medicare pagará primero y el Fondo pagará segundo.

- Si no tiene que esperar por el período de espera de Medicare, el Fondo pagará primero por los primeros 30 meses y Medicare pagará segundo. A partir del **mes 31**, Medicare pagará primero y el Fondo pagará segundo.

### Medicaid

Si el Fondo y Medicaid lo cubren, el Fondo paga primero y Medicaid paga segundo.

### **Coordinación Con El Seguro De Vehículo De Motor**

Los gastos cubiertos para el tratamiento de lesiones derivados del mantenimiento o uso de un vehículo de motor deberán ser elegibles para cobertura en la medida en que dichos beneficios son en exceso de y no en la duplicación de beneficios pagados o por pagar:

- bajo un plan o póliza de seguro de vehículo (incluyendo la parte obligatoria de cualquier póliza de seguro escrita para cumplir con una ley de seguro "sin culpa" o una ley de seguro de automovilista no asegurado), siempre que la no duplicación como es contenida aquí no está prohibida por ley; o
- a través de un programa o cualquier otro acuerdo de autoseguro certificado o calificado.

No todos los gastos incurridos en el tratamiento de lesiones derivados del mantenimiento o uso de un vehículo de motor están cubiertos por el Fondo (vea la sección "Exclusiones de Operación de Vehículo de Motor" para obtener más información). En ningún caso el Fondo pagará más de lo que sería si fuera primario.

No obstante cualquier disposición en contrario, en la determinación de si el Fondo u otro plan es el plan primario, el Fondo será secundario para la cobertura proporcionada bajo seguro de vehículo la cual proporciona protección de seguro de salud, incluyendo la cobertura por cualquier protección de lesiones personales (siglas en inglés "PIP") o "sin culpa" para la cobertura de la atención o tratamiento médico.

### Cuando El Propietario O Usuario Del Vehículo De Motor Y El Reclamante Son La Misma Persona

El Fondo será secundario a la cobertura proporcionada por el seguro de vehículos de motor que cubre lesiones personales o corporales, incluso si ha seleccionado la cobertura bajo el seguro de vehículo de motor como secundario para el tratamiento o cuidado médico elegible. Por lo tanto, si usted o su dependiente rechazan la cobertura de salud bajo el seguro de vehículo de motor como primario, pero este tipo de seguro ofrece cobertura de salud que pretende ser secundario a la cobertura bajo su plan de salud, el Fondo sin embargo pagará beneficios en segundo lugar, si acaso. Esta disposición es para evitar la posibilidad de que el Fondo se determinara ser primario a la cobertura que está disponible en el seguro de vehículo de motor "sin culpa".

**Por lo tanto, si usted vive en un estado que requiere protección contra lesiones personales ("PIP"), a veces llamado cobertura sin culpa, como Nueva Jersey o Nueva York, su seguro de vehículo de motor es el plan primario para gastos médicos relacionados con un accidente**

**de vehículo de motor. Usted necesita comprar la máxima cobertura con PIP. El Fondo es secundario al PIP, pero sólo si se exceden los límites de la cobertura máxima PIP.**

Otra vez, el Fondo no permite que los participantes opten estar fuera de cobertura sin culpa como el plan primario mediante la designación del seguro de salud del participante como fuente primaria de cobertura en caso de daños relacionados con un accidente de vehículo. Si usted hace tal designación, tenga en cuenta que el Fondo le reembolsará como plan secundario, asumiendo que usted ha recibido reembolso primario de su seguro de vehículo de motor al límite máximo disponible. En otras palabras, usted recibirá poco o ningún reembolso del Fondo a menos que los gastos de accidente exceda el máximo PIP.

### **REGLA ESPECIAL PARA BENEFICIOS DENTALES**

Para los beneficios dentales, por favor consulte el certificado de seguro del Fondo con Dentcare y acompañamiento para obtener información sobre COB.

# REEMBOLSO Y SUBROGACIÓN DE LOS BENEFICIOS

## Recuperación De Terceros / Subrogación

### *Principio General*

Cuando usted o sus dependientes cubiertos recibe beneficios bajo el Fondo que corresponden a gastos médicos que son también pagaderos bajo compensación, premio de discapacidad u orden, cualquier derecho a recuperación gubernamental o privado, cualquier estatuto, cualquier programa de motorista sin seguro o con seguro insuficiente, cualquier programa de seguro "sin culpa", cualquier programa de protección de lesiones personales, cualquier otra póliza de seguro o cualquier otro plan de beneficios , o cuando se pagan gastos médicos que surgen a través de una acción u omisión de tercera persona, ya sea a través de acciones legales, acuerdo legal o por cualquier otra razón, usted o sus dependientes cubiertos deberán reembolsar al Fondo por los beneficios relacionados recibidos de cualquier dinero o Fondos que usted o su dependiente recupera de cualquier tercero.

### *Requerimientos Específicos y Derechos del Fondo*

Porque el Fondo tiene derecho al reembolso, el Fondo será completamente subrogado a todos los derechos, recuperación o causas de acciones o reclamaciones que usted o sus dependientes cubiertos pueden tener contra terceros. El Fondo tiene un específico y primer derecho al reembolso del primer dólar de cualquier pago, el monto o la recuperación de un tercero. Este derecho de reembolso se aplica independientemente de la forma en que la recuperación está estructurada o redactada, independientemente de cómo se describen las sumas de dinero o para lo que son, y aunque usted o sus dependientes cubiertos no han sido pagados o reembolsados totalmente por todos sus daños o gastos.

No se reducirá la cuota de recuperación del Fondo porque el daño completo o gastos reclamados no han sido reembolsados a menos que el Fondo se comprometa por escrito a dicha reducción. El Fondo conserva la discreción única y final para decidir si y en qué caso se otorgará dicho consentimiento, si así lo solicita. Además, el derecho del Fondo a la subrogación o reembolso no será afectado o reducido por la doctrina de "hacer completo", la doctrina del "Fondo", la doctrina de "Fondo común" negligencia comparativa/contributivas, la regla de "fuente colateral", la doctrina del "Fondo de abogado", diligencia reguladora o defensas o doctrinas que puedan afectar el derecho a la subrogación o reembolso del Fondo.

Esta disposición se aplica a cualquier tipo de pago recibido que surja de o en relación con la enfermedad, lesión, accidente, ocurrencia, pérdida o condición, sea o no el pagador quien causó o es legalmente responsable por ello. Esta disposición se aplica sin importar si tal responsabilidad es o no negada o está en disputa.

El Fondo podrá hacer valer sus derechos de subrogación o reembolso al exigir que usted o sus dependientes cubiertos afirmen una reclamación a cualquiera de los beneficios a los que usted o su dependiente cubierto pueda tener derecho.

Además, por la participación en el Fondo, usted y cualquier dependiente cubierto acuerdan ceder irrevocablemente al Fondo todos los derechos a recuperar compensación monetaria de un tercero, incluyendo el derecho de interponer una demanda en su nombre o su dependiente cubiertos, o para intervenir en cualquier acción presentada por usted o sus dependientes cubiertos en la medida de todos los beneficios pagados por el Fondo y dar aviso de esta asignación directamente a dichos terceros, sus agentes o compañías de seguros, o cualquier agente o abogado que puede representarlo a usted o sus dependientes cubiertos. La asignación le dará al Fondo derecho para reembolso de cualquier suma mantenida o recibida de los siguientes terceros por usted o sus dependientes cubiertos antes de cualquier distribución de beneficios a usted o sus dependientes cubiertos y facilitará que las partes deban tener esas sumas, que están sujetos al fideicomiso constructivo o embargo preventivo equitativo como se describe a continuación, en el fideicomiso como un fiduciario en beneficio del Fondo. Las partes que deberán registrarse por tal asignación son:

- Cualquier parte o compañías de seguros que le hace pagos a usted o en nombre o de sus dependientes cubiertos; o
- Cualquier agente o abogado que recibe pagos para usted o en su nombre o de sus dependientes cubiertos.

Si el Fondo es informado de que usted o sus dependientes cubiertos ha recibido de un tercero pago, cantidad o recuperación y no informan al Fondo de dicha cantidad, el Fondo, en su sola discreción, podrá suspender todos los pagos de beneficios relacionados con usted o alguno de sus dependientes cubiertos hasta que la parte reembolsable sea devuelta al Fondo o compense contra las cantidades que de lo contrario sea pagada para o en nombre de usted o sus dependientes cubiertos.

El Fondo podrá retener o suspender el pago de beneficios en caso de que exista una reclamación contra terceros y puede requerir que firme un acuerdo de reembolso/consentimiento a una forma de embargo garantizando el derecho a reembolso del Fondo. Si usted, su dependiente, abogado, representante o agente fallan o se niegan a cooperar con esta disposición y con el derecho del Fondo disputando el embargo del Fondo, fallando al no informar al Fondo del estatus de la reclamación contra el tercero, reteniendo información necesaria, no ejecutando el consentimiento al embargo descrito anteriormente, o de cualquier otra forma, el Fondo retendrá, suspenderá y excluirá el pago de cualquier beneficio que de lo contrario tendría que ser pagado por el Fondo. Esto es una exclusión y limitación específica del Fondo y es además de cualquier otro derecho legal, que tenga el Fondo, o cualquier otra acción que el Fondo puede tomar para proteger sus derechos.

El Fondo tiene discreción única y final para determinar si debe hacer valer sus derechos bajo esta disposición como un derecho de retención, a través de la subrogación, o a través de reembolso, para avanzar los pagos de beneficios y requerir pago o a través de cualquier combinación o variación de estos métodos. La determinación de que cuales métodos serán usados en un caso determinado se hará para proteger a los intereses del Fondo y sus participantes y es a discreción única y final del Fondo.

Ninguna reclamación contra terceros puede ser acordada o resuelta, y ningún pago puede ser aceptado de cualquier tercero, sin consentimiento escrito del Fondo. A menos que y hasta que el Fondo haya recibido reembolso completo, ningún dinero de o a través de un tercero podrá ser

distribuida entre usted, su dependiente, su abogado, representante o agente sin el consentimiento escrito del Fondo. Si el dinero se le distribuye a usted o su abogado, deberán ser mantenidos en un fideicomiso constructivo, y estos Fondos son, en la medida de beneficios pagaderos o pagados por el Fondo, activos de este Fondo y deuda al Fondo y se devolverá inmediatamente al Fondo. La decisión del Fondo sobre la conveniencia de otorgar o denegar su consentimiento es una decisión final y vinculante, a la sola discreción de los administradores del Fondo.

El Fondo podrá, mediante aviso por escrito dado a usted, exigir que todas las personas cumplan con esta disposición así como para asegurar los derechos del Fondo en el ejercicio de su discreción única y final.

Ningún otro derecho de retención puede ser superior al derecho de retención del Fondo o derechos del Fondo en virtud de esta disposición. El Fondo podrá, a su discreción y en un caso apropiado, de acuerdo a una reducción de su derecho de retención para el pago de una porción de los honorarios y costos de un procedimiento legal, si todos los términos de esta disposición han sido y están siendo observados.

Cualquier disputa que surja bajo o en relación con esta sección, incluyendo disputas sobre derechos de retención, su cantidad, reembolso o retención de beneficios o reducciones o compromisos en derecho de retención del Fondo será, si no es resuelto con la Oficina del Fondo, resuelto de acuerdo con el procedimiento de "Reclamos y Apelaciones" en este folleto, incluyendo la revisión por la Junta Directiva.

#### *Acciones y Obligaciones Del Participante*

Al participar en el Fondo, usted y sus dependientes cubiertos dan consentimiento y acuerdan que existe un fideicomiso constructivo, derecho de retención preventivo o un derecho de retención preventivo equitativo por acuerdo a favor del Fondo con respecto a cualquier resolución o recuperación de un tercero o parte. Según ese fideicomiso constructivo, derecho de retención o derecho de retención preventivo equitativo por acuerdo, usted y sus dependientes cubiertos acuerdan cooperar con el Fondo para dar reembolso por los costos y gastos.

Una vez que usted o sus dependientes cubiertos cree que usted o ellos pueden tener derecho a la recuperación de cualquier tercero, usted o sus dependientes cubiertos notificará al Fondo por escrito dentro de 30 días. Dicha notificación escrita debe incluir el nombre, dirección, número de teléfono del abogado, representante u otro agente de manejo de reclamación en nombre de usted o sus dependientes cubiertos. El aviso también debe identificar tales terceros. Usted o sus dependientes cubiertos deben notificar también al tercero y su abogado o representante por escrito sobre el derecho de retención del Fondo dentro de 30 días de la fecha de afirmar su reclamación contra un tercero.

Al Fondo recibir dicha notificación por escrito, el Fondo le proporcionará un "acuerdo para reembolsar a United Teamster Fund por las cantidades recuperadas" (el "contrato") que confirma la previa aceptación de los derechos de subrogación del Fondo y el derecho del Fondo a ser reembolsado por gastos derivados de circunstancias que le dan derecho a usted o su dependiente a cualquier pago, cantidad o recuperación de un tercero. Este contrato debe ser firmado por usted y sus dependientes cubiertos (y usted o su abogado, si es aplicable) y certificada por notario. El contrato de reembolso confirma que usted o ellos reconocen, aceptan y se adhieren a la retención

del Fondo, derecho de subrogación o reembolso y esta disposición del Fondo. El Fondo podrá modificar este contrato en cualquier momento sin aviso, en su única y exclusiva discreción y le proporcionará una copia de cualquier contrato nuevo o revisado para ser ejecutado y devuelto al Fondo dentro de diez 10 días de la notificación. El Fondo también, en su discreción única y final, requiere que usted, su dependiente o cualquier abogado, representante o agente ejecuten tales otros documentos que el Fondo considere necesario, útil o apropiado para proteger los derechos del Fondo en esta disposición. Usted también puede ser requerido permitir que el Fondo de inicio o intervención en cualquier procedimiento, y le puede exigir someter un derecho de retención o el consentimiento de derecho de retención, asignación u otras tales formas, para proteger los intereses del Fondo.

Usted y sus dependientes cubiertos consienten y están de acuerdo que usted o ellos no cederán sus derechos de recuperación contra un tercero o cualquier otra persona, incluidos sus abogados, sin consentimiento del Fondo. Como tal, el reembolso del Fondo no se reducirá por honorarios y gastos de abogados sin expresa autorización escrita del Fondo.

Usted, su dependiente, su abogado, o representante o agente debe avisar el Fondo en cuanto al estatus de cualquier reclamación de terceros, incluyendo proveer al Fondo con información en cuanto al tercero, las compañías de seguros, demandas u otros datos relacionados con la reclamación en el momento cuando la demanda se inicia, cada doce 12 meses después, cuando se propone una solución y siempre que de lo contrario sea requerido por el Fondo.

Cooperación plena con esta disposición es una condición para el pago de beneficios bajo este Fondo. En caso de cualquier falta de cooperación o violación de esta disposición no se pagarán beneficios y, usted, su dependiente, su abogado, su representante o su agente serán responsables ante el Fondo del reembolso completo de su derecho de retención, incluyendo los gastos, intereses y cargos. Específicamente, si usted o sus dependientes cubiertos fallan o se niegan a ejecutar el contrato de reembolso que se requiere, o de lo contrario cooperar con esta disposición, el Fondo puede negar pago de beneficios a usted y sus dependientes cubiertos hasta que se firme el contrato de reembolso. Alternativamente, si usted o sus dependientes cubiertos fallan o se niegan a ejecutar el contrato de reembolso que se requiere, o de lo contrario cooperar con esta disposición, y el Fondo sin embargo paga beneficios para o en nombre de usted o sus dependientes cubiertos, la aceptación de tales beneficios por parte de usted o sus dependientes cubiertos constituirá un acuerdo para el derecho del Fondo a la subrogación o reembolso. Esta provisión cubre no sólo a usted como participante, pero sus dependientes, conyugues, abogado, representantes, agentes y sus herederos, tutores, ejecutores, sucesores y cesionarios.

Si existe cualquier causa razonable para creer que las lesiones o enfermedades sufridas por usted o sus dependientes cubiertos fueron de alguna manera el resultado de los actos u omisiones de más de un tercero, pero usted o sus dependientes cubiertos exime de cualquier participación de terceros, el Fondo tendrá derecho a exigir que usted o sus dependientes cubiertos firmen una declaración, bajo pena de perjurio, sobre dicha renuncia como condición previa al pago de beneficios.

### **Recobro**

Si usted o un dependiente reciben cualquier beneficio del Fondo al cual no tiene derecho, usted será legalmente responsable de reembolsar el Fondo de esos beneficios. El Fondo puede retener

o compensar los pagos de beneficios futuros, demandar para recuperar esas cantidades o utilizar cualquier otro recurso legal para recuperar tales cantidades, incluyendo la presentación de una querrela criminal con respecto a cualquier fraude o falsedad en el reclamo impropio y pago por el Fondo.

### **REGLA ESPECIAL PARA BENEFICIOS DENTALES**

Para los beneficios dentales asegurados por Dentcare, consulte el certificado de seguro con Dentcare para las reglas de Dentcare respecto a reclamos que tengan que ver con reembolso y subrogación de beneficios.

# PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIONES

Esta sección describe los procedimientos para presentar reclamos para beneficios del Fondo. También describe el procedimiento para usted seguir si su reclamación es negada totalmente o en parte y usted desea apelar la decisión.

## **Procedimientos Para Reclamaciones**

Un reclamo es una solicitud de beneficios. Debe presentarse una reclamación, dependiendo del tipo, de acuerdo a las normas y procedimientos que se describen a continuación.

## **Tipos De Reclamaciones**

### *Reclamaciones De Cuidado Urgente*

Un reclamo de cuidado urgente es cualquier reclamación para cuidado o tratamiento médico, sin el cual:

- podría comprometerse seriamente la vida o la salud de usted o su dependiente o la capacidad de usted o su dependiente para recuperar la función máxima; o
- en opinión del médico tratante con el conocimiento de la condición médica, lo somete a usted o su dependiente al dolor severo que no se puede manejar adecuadamente sin el cuidado o tratamiento que es el tema de la reclamación.

Este tipo de reclamo generalmente incluye aquellas situaciones comúnmente tratados como emergencias. El Fondo dejará a juicio de un médico si un reclamo es un reclamo de cuidado urgente.

### *Reclamos por Cuidado Previo al Servicio*

Es un reclamo por cuidado previo al servicio para un beneficio que requiere la aprobación (generalmente denominado pre-certificación) de los beneficios antes de obtener el cuidado médico.

### *Reclamos por Cuidado Posterior al Servicio*

Es un reclamo de cuidado posterior al servicio para un beneficio, normalmente una solicitud de pago bajo el Fondo que no es un reclamo previo al servicio. Un reclamo para la visión, seguro de vida o beneficios de muerte y desmembramiento accidental siempre es un reclamo de cuidado posterior al servicio.

### *Demandas De Cuidado Concurrente*

Un reclamo de cuidado concurrente es un reclamo para una extensión de la duración o el número de tratamientos proporcionados por aprobación previa del Fondo. Este tipo de reclamación debe

presentarse al menos 24-veinticuatro horas antes de la expiración de cualquier curso de tratamiento de la cual se está buscando una extensión.

Tenga en cuenta que simples preguntas sobre las disposiciones del Fondo que están relacionados con cualquier reclamación de beneficios específicos no serán tratados como un reclamo para beneficios. Sus interacciones con proveedores participantes, los proveedores del panel, farmacéuticos o cualquier otro proveedor de cuidado médico no se considerarán como una solicitud de beneficios. Además, una solicitud de una aprobación previa de un beneficio que no requiere autorización previa o una investigación acerca de la elegibilidad para participar no es un reclamo para beneficios.

### Presentación De Una Solicitud de Beneficios

Con el fin de presentar un reclamo para beneficios, usted debe presentar un formulario de reclamación completado. Un formulario de reclamación puede obtenerse de la Oficina del Fondo llamando al (718) 859-1624, (718) 842-1212 o (732) 882-1901. Los beneficios que se obtienen de proveedores que pertenecen a la red de Cigna, no requieren la presentación de un formulario de reclamación. El proveedor completará el papeleo por usted.

La siguiente información debe ser completada para su solicitud de beneficios:

- Nombre del participante
- Nombre del paciente
- Fecha de nacimiento del paciente
- Número de seguro social del participante
- Si el tratamiento es debido a un accidente, detalles del accidente

La siguiente información debe ser proporcionará por su doctor o dentistas:

- Fecha de servicio
- CPT-4 (el código para servicios médicos y otros servicios de salud encontrados en la *Terminología procesal actual, cuarta edición*, mantenido y distribuido por la Asociación Médica Americana)
- ICD-9 (el código de diagnóstico se encuentra en la *Clasificación Internacional de Enfermedades, 9na edición, modificación clínica* como es mantenido y distribuido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos)
- Cargos facturados
- Número de unidades (para anestesia y ciertas otras reclamaciones)
- Número de identificación federal de contribuyente (TIN) del proveedor
- Nombre y dirección de la facturación

## Cuando Se Debe Presentar Los Reclamos

- Un *Reclamo de Cuidado Urgente* debe presentarse tan pronto como sea posible.
- Un *Reclamo de Cuidado Concurrente* debe presentarse al menos 24-veinticuatro horas antes de la expiración de cualquier curso de tratamiento para el cual se busca la extensión.
- Un *Reclamo por Cuidado Previo al Servicio* se debe presentar por lo menos 24-veinticuatro horas antes del inicio del servicio en cuestión.
- Un *Reclamo por Cuidado Posterior de Servicio* debe presentarse dentro de 90 días siguientes a la fecha que los cargos fueron incurridos. Si no es razonablemente posible presentar la reclamación en el plazo, el no presentar el reclamo dentro de los plazos no invalida o reduce la demanda. Sin embargo, en ese caso, la reclamación debe presentarse tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso más tardar de un año a partir de la fecha que los cargos fueron incurridos.

## Dónde Presentar Las Reclamaciones

Las reclamaciones deben presentarse con la organización de salud apropiada que administra solicitudes de ese tipo de beneficio, o la Oficina del Fondo si no existe tal Organización de Salud. Una Organización de Salud es la organización que proporciona varios beneficios.

Las Organizaciones de Salud son:

- Cigna: Cigna administra los reclamos de beneficios médicos y de Hospital. Cigna también administra ciertos reclamos de beneficio de abuso de sustancias y salud mental.
- Oficina del Fondo: La Oficina del Fondo administra los reclamos de beneficios suplementarios de salud mental y abuso de sustancias. La Oficina del Fondo también administra solicitudes de beneficio de seguro de vida y reclamaciones por muerte & desmembramiento accidental.
- Optum RX: Optum RX administra los reclamos de beneficio de medicamentos recetados.
- Healthplex: Healthplex administra los reclamos de beneficio de la visión.
- Dentcare Delivery Systems, Inc.: Dentcare administra los reclamos de beneficio dental.

Una lista y dirección de cada Organización de Salud se encuentra al final de este Resumen de la Descripción del Plan. Su reclamación se considerará que se han presentado tan pronto como se recibe en la Organización de Salud apropiada o la Oficina del Fondo, según sea el caso.

## Representantes Autorizados

Usted podrá autorizar a una persona, como su conyugue legal, para completar el formulario de reclamación por usted si usted no puede completar el formulario usted mismo y previamente han designado al individuo a actuar en su nombre. Un médico con conocimiento de su condición médica también puede actuar como un representante autorizado. El Fondo podrá solicitar información adicional para verificar que esta persona está autorizada para actuar en su nombre.

## Determinación De Las Reclamaciones de Beneficios

La entidad a quien el reclamo de beneficios fue presentado, es decir, la Organización de Salud apropiada o la Oficina del Fondo, tendrá que decidir si el Fondo cumplirá su reclamación para beneficios. Esta decisión es tomada según las pautas establecidas por la organización de la salud o la Oficina del Fondo.

Estas directrices proporcionan que todas las revisiones de reclamos son manejados en una forma diseñada para garantizar la independencia e imparcialidad de las personas involucradas en la toma de decisión (la "regla de imparcialidad"). En consecuencia, las decisiones sobre contratación, compensación, terminación, promoción u otros asuntos similares con respecto a cualquier persona (como un adjudicador de reclamaciones o experto médico) no se hacen en base a la probabilidad de que el individuo apoye la negación de beneficios.

## Plazos Para Notificación De Reclamos De Beneficio Inicial

El plazo para la notificación depende del tipo de reclamo que se presentó. Para mayor conveniencia, la persona que presentó el reclamo (usted o su representante autorizado) es en adelante referido como el "Reclamante", y la entidad que decide la reclamación es en adelante referido como el "Revisor".

### *Reclamaciones de Cuidado Urgente*

En el caso de un reclamo de cuidado urgente, el Revisor le notificará al Reclamante de su determinación sobre el reclamo (ya sea adverso o no) tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero no más tarde de 72 horas después del Revisor recibir la reclamación. Las determinaciones de Atención Urgentes pueden suministrarse por vía oral, seguido dentro de 3 días de la notificación escrita o electrónica.

Sin embargo, si el Reclamante no proporciona información suficiente para determinar si o hasta qué punto, los beneficios son cubiertos o pagaderos bajo el Fondo, el Revisor le notificará al Reclamante tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 24 horas después del Revisor recibir el reclamo, sobre la información específica necesaria para completar el reclamo. Al Reclamante se le da una cantidad razonable de tiempo, teniendo en cuenta las circunstancias, pero no menos de 48 horas, para proporcionar la información especificada. A menos que la reclamación sea presentada de nuevo correctamente, no constituirá un reclamo. Este aviso puede suministrarse por vía oral, a menos que usted o su representante solicita notificación por escrito.

Cuando se ha solicitado información específica, el Revisor le notificará al Reclamante de su determinación tan pronto como sea posible, pero en ningún caso más tarde de 48 horas después de: (1) que el Revisor recibe la información especificada, o (2) al final del período que ofrece el Reclamante para proporcionar la información adicional especificada.

### *Demandas De Cuidado Concurrente*

Cuando un tratamiento continuado ha sido aprobado para usted y usted desea extender la aprobación, usted o su representante debe solicitar una determinación de un reclamo de Cuidado Concurrente al menos 24 horas antes de la expiración del período de tiempo o número de tratamientos aprobado. Cuando usted o su representante solicitan dicha determinación, la Organización de Salud le notificará a usted o su representante de la determinación dentro de 24 horas después de recibir la solicitud. Si el Reclamante no cumple con el plazo de 24 horas para la presentación, o si la reclamación no implica el Cuidado de Urgencia, el Administrador del Fondo hará su determinación sobre el reclamo, como si el reclamo fuera un reclamo por cuidado previo al servicio.

### *Reclamaciones Por Cuidado Previo Al Servicio*

En el caso de un reclamo por Cuidado Previo al Servicio, el Revisor le notificará al Reclamante de su determinación de beneficios (ya sea adverso o no) en un plazo razonable de tiempo apropiada a las circunstancias médicas, pero no más tardar de 15 días después del Revisor recibir la reclamación. Este período podrá ser extendido una vez hasta por 15 días, siempre que el Revisor determine que tal extensión es necesaria debido a cuestiones ajenas a su control y notifica al Reclamante antes de la expiración del período inicial de 15 días, de las circunstancias que requieren la extensión de la fecha y cuando el Revisor espera rendir una decisión. Si tal extensión es necesaria debido a una falla del Reclamante al presentar la información necesaria para decidir el reclamo, el aviso de extensión específicamente describe la información requerida, y el Reclamante tendrá por lo menos 45 días desde que el Reclamante recibe la notificación para proporcionar la información especificada.

Si presenta un reclamo por Cuidado Previo al Servicio, la Organización de Salud apropiada o la Oficina del Fondo le notificará a usted o su representante autorizado tan pronto como sea posible pero no más tardar 15 días después recibir la reclamación de los procedimientos apropiados a seguir en la presentación de una reclamación. Este aviso puede suministrarse por vía oral, a menos que usted o su representante autorizado solicita notificación por escrito. Usted o su representante autorizado recibirá notificación de un reclamo incorrectamente presentado para el cuidado previo al servicio sólo si la reclamación que es presentada incluye:

- su nombre o el nombre de su representante autorizado;
- su condición médica específica o síntoma; y
- un tratamiento específico, servicio o producto cuya aprobación se solicita.

A menos que el reclamo por cuidado previo al servicio es presentado de nuevo adecuadamente, no constituirá un reclamo.

Si la información no es proporcionada en ese momento, su reclamo será negado. Durante el período en el que podrá proporcionar información adicional, se suspenderá el período normal para tomar una decisión sobre la reclamación. El plazo se suspenderá desde la fecha de la notificación de la extensión hasta 45 días o la fecha que responde a la solicitud (la que sea más temprana). La Organización de Salud entonces tiene 15 días para tomar una decisión y notificarle sobre la determinación del reclamo por atención previa al servicio.

### *Reclamos Por Cuidado Posterior Al Servicio*

En el caso de una reclamación por cuidado posterior al servicio, el Revisor le notificará al Reclamante de su determinación de beneficios (ya sea adverso o no) dentro de un período razonable de tiempo, pero no más tarde de 30 días después del Revisor recibir la reclamación. Este período podrá ser extendido una vez hasta por 15 días, siempre que el Revisor determine que tal extensión es necesaria debido a cuestiones ajenas a su control y notifica al Reclamante, antes de la expiración del período inicial de 30 días, de las circunstancias que requieren la extensión de la fecha y cuando el Revisor espera rendir una decisión. Si tal extensión es necesaria debido a una falla del Reclamante al presentar la información necesaria para decidir la solicitud, el aviso de extensión específicamente describe la información requerida, y el Reclamante tendrá por lo menos 45 días desde que el Reclamante recibe la notificación para proporcionar la información especificada. La determinación se suspenderá en la fecha cuando la Organización de Salud envía un aviso sobre la información que falta y se resume en la fecha cuando usted o su representante responden a la notificación.

Para presentar un reclamo de cuidado posterior de servicio:

- Obtenga un formulario de reclamación.
- Llene la parte sobre el empleado en el formulario.
- Haga que su médico complete la información pertinente a su reclamación.
- Envíe las cuentas detalladas de Hospital o declaraciones del médico que describen los servicios prestados.

Revise el formulario de reclamación para estar seguro de que se completen todas las partes aplicables del formulario y que se hayan presentado todas las facturas detalladas. Al hacerlo, puede agilizar el procesamiento de su reclamo. Si los formularios de reclamación tienen que ser devuelto a usted para obtener información, provocará retrasos en los pagos.

### Forma Y Contenido De La Notificación De Las Reclamaciones De Beneficios Inicial

Si su reclamo de beneficios ha sido negado por el Revisor, por completo o en parte, se enviara un aviso al Reclamante por escrito o electrónicamente estableciendo:

- los motivos específicos para la negación con referencias a las disposiciones específicas del Fondo en que se basa la negación;
- la información suficiente para identificar el reclamo involucrado, incluyendo la fecha de servicio, el proveedor de cuidado médico y la cantidad del reclamo (si corresponde);
- el tratamiento del reclamo, diagnóstico y código de negación y sus significados correspondientes y una descripción del estándar del Fondo, si lo hubiere, que se utilizó para negar la reclamación;
- una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para que el reclamante perfeccione la reclamación (incluyendo una explicación de por qué dicha información es necesaria);
- una descripción de los procedimientos de revisión del Fondo y los plazos aplicables a estos procedimientos, incluyendo una declaración del derecho del reclamante a entablar

una acción civil bajo la sección 502 de ERISA tras una determinación de beneficio adversa en la revisión y el plazo para hacerlo;

- una descripción de los procesos de revisión externa disponible, incluyendo información sobre cuándo y cómo iniciar una apelación externa;
- la disponibilidad de y la información de contacto para cualquier Oficina aplicable de asistencia de salud para el consumidor o defensor del pueblo establecida en la sección de Ley PHS 2793 para asistir a individuos con los procesos de reclamos internos y apelaciones y revisión externa;
- si una regla interna, pauta, protocolo u otro criterio similar (una "regla interna") en la cual se basa la determinación adversa, una declaración que la determinación adversa fue basada sobre la regla interna (y una copia de la regla está incluida con el aviso); y
- si la determinación del beneficio se basa en una Necesidad Médica o tratamiento Experimental o exclusión similar o límite, ya sea una explicación del juicio científico o clínico para la determinación aplicando los términos del Fondo a las circunstancias médicas o una declaración de que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita bajo petición.

En el caso de una determinación de beneficio adversa sobre un reclamo que involucra el cuidado urgente, el reclamante recibirá una descripción del proceso de revisión expedita aplicable a la reclamación, y la información descrita anteriormente puede proporcionarse por vía oral, siempre que una notificación escrita o electrónica se presenta al Reclamante a más tardar 3 días después de la notificación oral.

El aviso escrito del Revisor puede ser proporcionado a través del correo de Estados Unidos o electrónicamente.

### Otros Tipos De Reclamaciones

#### *Reclamo Dentales*

Dentcare es responsable de evaluar todas las reclamaciones dentales bajo el Fondo. Dentcare decidirá su reclamación conforme con sus procedimientos de reclamos. El certificado de seguro distribuido a usted por Dentcare, junto con este documento, servirá como los documentos gobernantes para beneficios administrados por Dentcare. Los documentos distribuidos por Dentcare describen sus procedimientos de reclamos. Comuníquese con Dentcare al: 333 Earle Ovington Blvd., Suite 300, Uniondale, New York 11553-3608 para obtener más información.

### **Reclamos De Seguro De Vida, Reclamos De Seguro De Vida de Dependiente Y Reclamo De Muerte Y Desmembramiento Accidental**

Un reclamo de seguro de vida es un reclamo hecho por el beneficiario con motivo de su muerte. Una reclamación de seguro de vida de dependiente es un reclamo hecho por usted con motivo de la muerte de su dependiente. Un reclamo de muerte y desmembramiento accidental es un reclamo hecho por usted o su beneficiario por su muerte o lesiones graves.

El siguiente procedimiento se aplica a las reclamaciones de seguro de vida, beneficio por fallecimiento de dependiente y el beneficio de muerte y desmembramiento accidental:

- Usted o su beneficiario, según sea el caso, debe obtener un formulario de reclamación de la Oficina del Fondo.
- Complete el formulario de reclamación.
- Adjunte la prueba de la forma de muerte (certificado original de defunción) o prueba de lesiones graves.
- Devuelva el formulario de reclamación completado y toda la documentación necesaria a la Oficina del Fondo.

Para las reclamaciones del seguro de vida, seguro de vida dependiente y muerte & desmembramiento accidental, el Fondo hace una decisión sobre la reclamación y le notifica a usted o su beneficiario dentro de 90 días. Si el Fondo requiere una extensión de tiempo por cuestiones ajenas a su voluntad, le notificará sobre razón de la demora y cuando la decisión se tomará. Esta notificación ocurrirá antes de la expiración del período de 90 días. Una decisión se tomará dentro de 90 días del tiempo que el Fondo le notifica de la demora. Si una extensión es necesaria porque se necesita información adicional de usted, la notificación de extensión especificará la información necesaria. Hasta que usted proporcione la información adicional, el período normal para tomar una decisión sobre el reclamo será suspendido.

## **Procedimientos De Apelaciones**

### **Presentar La Apelación**

Si se niega la reclamación de un beneficio, el solicitante puede presentar una carta de apelación, solicitando una revisión de esta negación. La apelación debe ser enviada a la Oficina del Fondo. La apelación debe ser presentada dentro de 180 días después de la fecha de la negación inicial de la reclamación.

### **Revisión De La Apelación**

La revisión de la apelación se lleva a cabo por la Organización de Salud a la cual la reclamación fue presentada.

El reclamante puede presentar comentarios por escrito, documentos u otra información en apoyo de la apelación y tener acceso, previa solicitud, a todos los documentos pertinentes de forma gratuita. La revisión de la negación de la solicitud tendrá en cuenta toda la información nueva. La revisión de la Organización de Salud no puede proporcionar ninguna deferencia a la negación de la reclamación inicial.

Al decidir una apelación de cualquier determinación de beneficio adversa que se basa en parte en un juicio médico, incluyendo una determinación con respecto a si un tratamiento en particular, droga u otro elemento es experimental, investigación, o no médicamente necesario o apropiado, la Organización de Salud consultara con un profesional de la salud. Este profesional tendrá una formación adecuada y experiencia en el campo de la medicina envuelta en el juicio médico. Este profesional no será un individuo que fue consultado en relación con la determinación de beneficio adversa que es objeto de la apelación, o que es subordinado o empleado de la persona

que hizo esa determinación. La regla de imparcialidad descrita se aplicará a la revisión de la apelación de la reclamación.

La Organización de Salud retendrá la identificación de médicos o profesionales expertos cuya asesoría se obtuvo para ayudar a decidir el resultado de una apelación, sin tener en cuenta si la decisión se basó en la asesoría. El reclamante puede obtener una lista de tales expertos previa solicitud por escrito.

#### Proceso De Revisión Acelerada Para Reclamaciones de Atención Urgente

En el caso de una apelación de un reclamo que involucra cuidado urgente, existe un proceso de revisión acelerada, que:

- una solicitud para una apelación acelerada puede presentarse verbalmente o por escrito por el reclamante; y
- toda la información necesaria, incluyendo la determinación del beneficio en la revisión, se transmite entre el Reclamante y la Organización de la Salud, por teléfono, fax u otro método igualmente expedito disponible.

#### Nuevas Pruebas O Justificación De La Decisión Sobre La Reclamación

El Reclamante, de forma gratuita, recibirá pruebas nuevas o adicionales o el fundamento considerado, basado en o generado por el Fondo en relación con el reclamo. Esta evidencia o justificación se presentará tan pronto como sea posible y suficientemente antes de la fecha en que un aviso de determinación de beneficio adversa final se establece a continuación, para dar al reclamante una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

Sin embargo, si la pruebas nuevas o adicionales o justificación son recibidas, consideradas y basadas tarde que sería imposible para proporcionarle al Reclamante el tiempo para que el reclamante tenga una oportunidad razonable para responder, el período de notificación de la determinación de beneficio adversa final es suspendida hasta el momento en que el reclamante tiene una oportunidad razonable para responder. Después de que el demandante responde, o tiene una oportunidad razonable para responder pero no lo hace, la Organización de Salud notificará al Reclamante de su determinación de beneficios lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas.

#### Plazos Para La Notificación De La Decisión Sobre Apelación

Las apelaciones se decidirán de la siguiente manera:

*Reclamaciones de Cuidado Urgente y Reclamaciones de Cuidado Concurrente:* en el caso de un reclamo que involucra cuidado urgente o concurrente, el solicitante será notificado de una decisión sobre la revisión tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero no más tarde de 72 horas después de recibir la apelación.

*Reclamaciones por Cuidado Previo al Servicio:* en el caso de un reclamo por cuidado previo al servicio, el reclamante será notificado de la decisión sobre la revisión en un plazo razonable de

tiempo apropiada a las circunstancias médicas, pero no más tarde de 30 días después de recibir la apelación.

*Reclamaciones por Cuidado Posterior de Servicio:* una decisión sobre la apelación se hará no más tarde de la fecha de reunión de los custodios que sigue inmediatamente a la recepción de la apelación, a menos que la apelación se presente dentro de 30 días anteriores a la fecha de esa reunión. En tal caso, la decisión de la Directiva sobre la apelación se hará no más tarde de la fecha de la segunda reunión de la Directiva después de recibir la apelación. Si circunstancias especiales (tales como la necesidad de celebrar una audiencia) requiere una extensión adicional de tiempo para el proceso, una decisión sobre la apelación se hará no más tarde de la tercera reunión del Consejo Directivo después de recibir la apelación. Si esta ampliación de tiempo de revisión es necesaria debido a circunstancias especiales, la Directiva notificará al Reclamante por escrito de la extensión, describiendo las circunstancias especiales y la fecha cuando se hará la decisión de la apelación, antes del comienzo de la extensión. La Directiva notificará al reclamante la decisión de la apelación. Esta notificación se hará tan pronto como sea posible, pero a más tardar 5 días después de la decisión de la apelación.

#### Forma Y Contenido De La Notificación De La Decisión Sobre La Apelación

En el caso de una decisión adversa sobre la apelación, la notificación se hará por escrito y:

- indicar la razón o razones de la decisión adversa;
- hará referencia a las disposiciones específicas del Fondo en que se basa la decisión de beneficio;
- incluirá la información suficiente para identificar la reclamación involucrada, incluyendo la fecha de servicio, el proveedor de cuidado médico y la cantidad de la reclamación (si corresponde);
- incluirá el tratamiento, diagnóstico, códigos de negación y su significado correspondiente, una descripción de los procedimientos del Fondo, si los hubiera, que se utilizó para negar la reclamación y una discusión de la decisión;
- establecerá al Reclamante que tiene derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable a y copias de, todos los documentos, registros y otra información pertinente a la reclamación de beneficios;
- describirá los procesos de revisión externa disponibles, incluyendo información sobre cuándo y cómo iniciar una apelación externa.
- establecerá que el Reclamante tiene derecho (en el plazo indicado a continuación) a someter una demanda bajo la sección 502 de ERISA;
- indicara la disponibilidad de y la información de contacto para, cualquier Oficina aplicable de asistencia sanitaria para el consumidor o defensor del pueblo establecido bajo la ley PHS artículo 2793 para asistir a individuos con los reclamos internos y apelaciones y procesos de revisión externa;
- indicara si una regla interna, pauta, protocolo u otro criterio similar (una "regulación interna") fue usada para tomar la decisión adversa, una declaración de la regla interna; y
- si la decisión de beneficio adverso se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o exclusión similar exclusión o límite, indicar una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicación de los términos del Fondo a las circunstancias médicas.

La notificación de la decisión sobre la apelación puede ser proporcionada a través del correo de los Estados Unidos o electrónicamente.

### Presentación De Una Demanda

Ningún juicio se puede iniciar más de 180 días después del final del año después de recibir la decisión de la Directiva sobre la apelación (o más tarde después que se ha hecho una apelación externa o 180 días después del final del año después que se ha hecho una decisión por la Organización Revisora Independiente como se describe a continuación). Cualquier demanda debe presentarse en la corte de distrito de los Estados Unidos para el distrito oriental de Nueva York.

### Procedimientos De Apelaciones Externas

#### Disponibilidad de Apelación Externa

Un Reclamante puede presentar una apelación externa de cualquier determinación de beneficio adversa (una decisión de la Organización de Salud en una apelación de un reclamo negado (a menos que las regulaciones de ERISA permiten apelaciones externas de la negación inicial de la reclamación) que implica el juicio médico.

#### Presentar Una Solicitud De Revisión Externa

Un Reclamante debe presentar una solicitud para una revisión externa de una determinación de beneficio adversa, que es elegible para revisión externa, en la Oficina del Fondo dentro de cuatro meses después de la fecha de recibir la notificación de la determinación.

#### *Examen Preliminar*

Dentro de cinco días hábiles siguientes a la fecha cuando la Oficina del Fondo recibe la solicitud de revisión externa, el Fondo realizará un examen preliminar de la solicitud, para determinar si:

1. el individuo en cuestión es o fue cubierto en el momento que se solicitó el artículo o servicio de cuidado médico;
2. la determinación de beneficio adversa no se refiere a la falta de tal individuo para cumplir los requisitos de elegibilidad;
3. el Reclamante ha agotado el proceso interno de apelación (a menos que las regulaciones de ERISA proveen una excepción); y
4. el Reclamante ha facilitado toda la información y formularios requeridos para el proceso de revisión externa.

Dentro de un día hábil después de la terminación de la revisión preliminar, el solicitante recibirá notificación de una determinación por escrito. Si la solicitud está completa, pero no son elegibles para la revisión externa, dicha notificación debe incluir las razones de su inelegibilidad e información de contacto actual (incluyendo el número de teléfono) para el Departamento de Trabajo de Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios de Empleado. Si la

solicitud no está completa, dicha notificación debe describir la información o materiales necesarios para hacer la solicitud completa y el Fondo debe permitir que un reclamante perfeccione la solicitud de revisión externa dentro de un periodo de cuatro meses para la presentación, o dentro del plazo de 48 horas después de recibir la notificación, el que termine más tarde.

#### *Referido A La Organización Revisora Independiente*

Si la aplicación está completa y es elegible para la revisión externa, el Fondo asignará una Organización Revisora Independiente (siglas en inglés "IRO") que está acreditada por la URAC (o por una organización acreditadora reconocida a nivel nacional similar) para llevar a cabo la revisión externa. En la identificación de una IRO, se aplicarán los siguientes requisitos:

1. el Fondo garantizará que el proceso de la IRO no está sesgado y asegura independencia;
2. el Fondo debe contratar a por lo menos tres 3 IROs para asignaciones en el Fondo y rotar las asignaciones de las reclamaciones entre ellos;
3. el IRO no es elegible para incentivos financieros basados en la probabilidad que el IRO apoyará la negación de beneficios; y
4. el proceso del IRO no puede imponer costos, incluyendo honorarios, sobre el reclamante que solicita la revisión externa.

#### Requisitos Relativos A La Revisión Del IRO De La Demanda Externa

Un contrato entre el Fondo y un IRO para revisión externa debe satisfacer los estándares establecidos en las regulaciones federales (ver 29 CFR Sección 2590.715-2719(d)(2)(iii)(B), copia está disponible a petición en la Oficina del Fondo). Al llegar a una decisión sobre la revisión externa, el IRO revisará la reclamación de nuevo y no regirse por decisiones o conclusiones durante el proceso interno del Fondo de reclamaciones y apelaciones. El IRO debe proveer notificación por escrito de la decisión final de la evaluación externa, al Reclamante y al Fondo, dentro de 45 días después de que el IRO recibe la solicitud de la revisión externa. El aviso contendrá la información requerida por las regulaciones federales (ver 29 CFR Sección 2590.715-2719(d)(2)(iii)(B)(7), copia disponible a petición en la Oficina del Fondo).

El IRO debe mantener registros de todas las reclamaciones y notificaciones relacionadas con el proceso de revisión externa por seis años. Un IRO debe hacer tales registros disponibles para su examen por el Reclamante, Fondo, o estado o agencia de supervisión federal a petición, excepto que tal revelación violara leyes estatales o federales de privacidad.

#### Revocación De La Determinación Adversa De Beneficios

Al recibir una notificación de una decisión final de la revisión externa revocando la determinación de beneficio adversa en cuestión, el Fondo inmediatamente debe proporcionar cobertura o pago (incluyendo autorizar inmediatamente el cuidado o el pago inmediato de los beneficios) para el reclamo.

## Revisión Externa Acelerada

### *Solicitud De La Revisión*

El Fondo debe permitir que un Reclamante haga una solicitud para una revisión externa acelerada en el momento que el Reclamante recibe una determinación de beneficio adversa:

- que implica:
  - una condición médica,
  - la negación de un reclamo en la revisión inicial,
  - un lapso de tiempo para completar una apelación interna acelerada (vea arriba) que seriamente pondría en peligro la vida o salud del paciente, o que pondría en peligro la capacidad del paciente para recuperar la función máxima y
  - ya se ha presentado una solicitud para una apelación interna acelerada;
  -
- que implica:
  - una condición médica,
  - una reclamación que es elegible para revisión de reclamación externas,
  - **y ya sea**
    - un lapso de tiempo para completar una revisión externa estándar que seriamente pondría en peligro la vida o salud del paciente, o que pondría en peligro la capacidad del paciente para recuperar la función máxima, o
    - una determinación de beneficio adversos que se refiere a una admisión, la disponibilidad del cuidado, estadía continuada, artículo o servicio del cuidado médico para el cual el paciente ha recibido servicios de emergencia, pero que el paciente no ha sido dado el alta del centro.

### *Examen Preliminar*

Inmediatamente después de recibir la solicitud de revisión externa acelerada, los requisitos para el examen preliminar de una solicitud de apelación externa, como se indica anterior, se aplicarán.

### *Referido A La Organización Revisora Independiente*

Con una determinación que una solicitud es elegible para revisión externa acelerada después de la revisión preliminar, el Fondo asignará un IRO en virtud de los requisitos mencionados. El Fondo proporcionará o transmitirá todos los documentos necesarios e información considerado para hacer la determinación de beneficio adversa al IRO asignado electrónicamente o por teléfono o facsímil o cualquier otro método expedito disponible.

El IRO asignado, en la medida que la información o los documentos están disponibles y el IRO los considera apropiado, debe considerar la información o documentos en los procedimientos mencionados. Al llegar a una decisión, el IRO asignado debe revisar el reclamo de nuevo y no está obligado por las decisiones o conclusiones alcanzadas durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Fondo o emisor.

### Notificación De La Decisión Final De La Revisión Externa

El contrato del Fondo con el IRO asignado debe exigir al IRO a dar aviso de la decisión final de revisión externa, conforme a los requisitos federales (ver 29 CFR Sección 2590.715-2719(d)(2)(iii)(B), copia disponible a petición de la Oficina del Fondo), tan pronto como la condición médica o circunstancias de los pacientes requieren, pero en ningún caso más de 72 horas después que el IRO recibe la solicitud de una revisión externa acelerada. Si el aviso no es por escrito, dentro de 48 horas después de la fecha de esa notificación, el IRO asignado debe proporcionar confirmación por escrito de la decisión al Reclamante y al Fondo.

# **INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE UNITED TEAMSTER FUND**

La Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974, como enmendada (siglas en Inglés "ERISA") requiere que los participantes reciban cierta información administrativa sobre el Fondo y las personas que administran el Fondo. El Fondo está sujeto a esas reglas y esta sección le dirá más acerca de las operaciones del Fondo.

## **Nombre Del Fondo**

El nombre formal del Fondo es United Teamster Fund.

## **Junta Directiva**

La Junta Directiva o sus designados debidamente autorizados tienen el derecho exclusivo, el poder y la autoridad, en su discreción única y absoluta, para administrar, aplicar e interpretar este SPD, el contrato de fideicomiso y cualquier otro documento del Fondo y decidir todos los asuntos derivados de la operación o la administración del Fondo o fideicomiso. Sin limitar la generalidad de lo anterior, la Junta Directiva o sus designados debidamente autorizados tendrán la única y absoluta autoridad discrecional para:

- Tomar todas las medidas y hacer todas las decisiones con respecto a la elegibilidad para y la cantidad de beneficios pagaderos bajo el Fondo.
- Formular, interpretar y aplicar las reglas, regulaciones y políticas necesarias para administrar el Fondo de acuerdo con los términos del Fondo.
- Decidir asuntos, incluyendo asuntos fácticos o jurídicos, relacionados con el cálculo y pago de beneficios bajo el Fondo.
- Resolver o aclarar ambigüedades, inconsistencias y omisiones que se presentan en el Fondo, incluyendo este SPD, el Contrato de Fideicomiso u otros documentos del Fondo.
- Procesar y aprobar o negar las reclamaciones de beneficios.
- Determinar el estándar de prueba requerido en cualquier caso.

Todas las determinaciones e interpretaciones hechas por la Junta Directiva o sus designados debidamente autorizados serán finales y vinculantes para todos los participantes, beneficiarios y otras personas que reclaman beneficios bajo el Fondo. La Junta Directiva podrá delegar otros tales derechos o facultades que considere necesarias para llevar a cabo la administración del Fondo.

La Junta Directiva consiste en un número igual de empleadores y representantes sindicales que se reserva el derecho en su absoluta discreción a modificar o terminar el Fondo en cualquier momento y por cualquier motivo. No se garantiza la continuación de beneficios. Ni usted, ni sus beneficiarios ni ninguna otra persona tienen o tendrá un interés concedido o no confiscable en el Fondo.

En caso de la terminación del Fondo, el dinero del Fondo proporcionara beneficios o en caso contrario llevar a cabo el propósito del Fondo de una manera equitativa hasta que los activos del Fondos hayan sido agotados.

### **Patrocinador Y Administrador**

La Junta Directa es el Patrocinador y el Administrador del Fondo. La junta puede ser contactada en la siguiente dirección:

United Teamster Fund  
2137-2147 Utica Avenue  
Brooklyn, NY 11234  
Teléfono (718) 859-1624

### **Números De Identificación**

El "número de identificación de empleador" asignado al Fondo por el Servicio de Rentas Interna es 13-5549593. El número de identificación del Fondo es 501.

### **Año Del Fondo**

Se mantienen archivos desde el 1 de Mayo hasta el 30 de Abril.

### **Tipo De Fondo**

El Fondo es conocido como un Fondo de "salud" bajo ley federal. Proporciona beneficios médicos, beneficios de medicamentos recetados, beneficios dentales, beneficios de la visión, seguro de vida y beneficios de muerte y desmembramiento accidental.

### **Agente Para Servicio De Proceso Legal**

El proceso legal puede ser servido sobre cualquiera de los fideicomisarios o administradores:

United Teamster Fund  
2137-2147 Utica Avenue  
Brooklyn, NY 11234  
Teléfono (718) 859-1624

### **Acuerdo De Negociación Colectiva**

El Fondo fue establecido y se mantiene como resultado de acuerdos de negociación colectiva entre empleadores y sindicatos. Una copia del acuerdo de negociación colectiva firmado por su empleador y sindicato puede obtenerse previa solicitud por escrito a la Oficina del Fondo y está disponible para la examinación durante horario normal en la Oficina del Fondo. Además, una lista completa de los empleadores contribuyente en el Fondo puede obtenerse previa solicitud por escrito a la Oficina del Fondo y está disponible para su examen por los participantes y beneficiarios durante horario normal en la Oficina del Fondo. La Oficina del Fondo puede cobrar una cantidad razonable por las copias.

Los participantes y beneficiarios también pueden recibir de la Oficina del Fondo, previa solicitud por escrito, información en cuanto a si una determinada organización de empleado o empleador está participando en el Fondo y, si está participando la organización de empleado o empleador, su dirección.

### **Origen De Las Contribuciones**

Los beneficios descritos en este manual se proporcionan a través de las contribuciones del empleador o de las primas de COBRA. El monto de las contribuciones del empleador y los trabajadores en cuyo nombre se hacen las contribuciones se determinan por las disposiciones de la negociación colectiva aplicable u otros acuerdos escritos.

### **Fondo Fiduciario**

Todos los activos se llevan a cabo en un fideicomiso por la Junta Directiva con el fin de brindar beneficios a los participantes cubiertos y financiar los gastos del Fondo.

### **Identificación De Las Entidades Aseguradoras O Administrativas**

Todos los beneficios del Fondo son pagados con los activos del Fondo. Esto significa que son "autofinanciados" o "auto administrados." El Fondo ha entrado en contratos administrativos con diferentes entidades para ayudar a administrar el Fondo. La información de contacto para todos los proveedores (a veces referida como "Organizaciones de la Salud") está el final de este folleto.

### **Procedimientos De Orden Calificada De Apoyo Médico De Niño (siglas en inglés "QMCSO")**

Si un tribunal o agencia administrativa del Estado ha emitido una orden con respecto a la provisión de cobertura de cuidado médico para alguno de los niños del participante, el administrador o su designado determinará si la orden de la corte o la agencia administrativa del estado es una Orden Calificada de Apoyo Médico de Niño (siglas en Ingles "QMCSO) según lo definido por ley federal, y esa determinación se aplicará a todas las partes. La orden del organismo administrativo del Estado debe ser emitida a través de un proceso administrativo establecido por la ley estatal y debe tener la fuerza y el efecto del estado de derecho bajo la ley estatal aplicable.

No es una QMCSO si se requiere que el Fondo proporcione cualquier tipo o forma de beneficio o cualquier opción que el Fondo no proporciona, o si requiere que un empleado que no está cubierto por el Fondo de cobertura para un niño dependiente, excepto como es requerido por leyes del estado sobre Apoyo Médico de Niños de Medicaid.

Si una orden se determina que es una QMCSO, y si el participante está cubierto por el Fondo, el administrador o su designado notificaran a los padres y cada niño y les informaran de los procedimientos del Fondo que deben seguirse para brindar cobertura a los niños. Sin embargo, ninguna cobertura se proporcionará para cualquier niño bajo una QMCSO a menos que se paguen las contribuciones del empleado aplicable para la cobertura de ese niño, y se hayan cumplido todos los requisitos del Fondo para la cobertura de ese niño. La Oficina del Fondo le proporcionará una copia de sus procedimientos relativos a QMCSO previa solicitud por escrito.

**Aviso Importante Con Respecto A La Terminación De La Cobertura De Salud Por Causa, Incluyendo Fraude O Tergiversación Intencional**

El Fondo se reserva el derecho de terminar la cobertura para usted o su dependiente si a usted o su dependiente se le determina ser inelegible para la cobertura. En virtud de la Ley del 2010 sobre El Cuidado Médico Asequible y La Protección del Paciente (la "Ley del Cuidado Asequible"), la cobertura no será terminada (en sentido de la Ley del Cuidado Asequible) con carácter retroactivo (como opuesto prospectivamente), excepto en los casos permitidos por la ley, tales como la falta de pago de las primas o por cometer fraude o tergiversación intencional (por ejemplo, en los documentos de inscripción, un reclamo o apelación para beneficios o en respuesta a una pregunta del Administrador del Fondo o sus delegados) por usted, sus dependientes cubiertos o alguien buscando cobertura en su nombre. En estos casos de fraude o tergiversación intencional, su cobertura puede ser terminada retroactivamente sobre una notificación con 30 días de antelación. El no informar a la Oficina del Fondo que usted o su dependiente están cubiertos por otro plan de salud de grupo o a sabiendas de información falsa para obtener cobertura para un dependiente elegible son ejemplos de acciones que constituyen fraude o tergiversación intencional.

# **SUS DERECHOS BAJO LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE EMPLEADOS DE 1974 ("ERISA")**

Como participante en el Fondo, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo La Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (siglas en Ingles "ERISA"). ERISA provee que todos los participantes y sus dependientes elegibles puedan:

## **Recibir Información Sobre Su Fondo Y Sus Beneficios**

- Examinar, sin cargo, en la Oficina del Fondo, todos los documentos que rigen el Fondo, incluido el Resumen de la Descripción del Plan, acuerdos de negociación colectiva firmados por el empleador del participante y una copia del último informe anual (Formulario 5500).
- Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador, copias de documentos que regulan el funcionamiento del Fondo, incluyendo acuerdos de negociación colectiva y copias del último informe anual (Formulario 5500) y un Resumen de la Descripción del Plan actualizado. El Administrador puede hacer un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Fondo. Los Administradores están obligados por ley a suministrar a cada participante una copia de este informe anual, previa solicitud por escrito.

## **Cobertura Continuada Del Plan De Salud De Grupo**

Usted puede continuar la cobertura de salud para usted, conyugue o dependientes si hay una pérdida de la cobertura bajo el Fondo como consecuencia de un "evento que califique". Usted o sus dependientes pueden tener que pagar por esta cobertura. Revise las normas de COBRA en este Resumen de la Descripción del Plan sobre los derechos de continuación de cobertura.

## **Acciones Prudentes Por Los Fiduciarios**

Además de crear los derechos para los participantes, ERISA impone deberes a quienes son responsables de la operación del Fondo. Las personas que operan el Fondo se llaman "fiduciarios". Los fiduciarios tienen el deber de actuar con prudencia y en interés de usted y otros participantes y beneficiarios. Nadie, incluyendo su empleador, su sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo o de lo contrario discriminar en cualquier forma para evitar que obtenga un beneficio o ejercer sus derechos bajo ERISA.

## **Hacer Valer Sus Derechos**

Si su reclamación de un beneficio es negada o ignorada, por completo o en parte, usted tiene derecho a saber por qué esto fue hecho, obtener copias de los documentos relativos a la decisión y apelar cualquier negación, todo dentro de ciertos horarios.

Bajo ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer valer los derechos antes mencionados. Por ejemplo, si usted solicita una copia de los documentos del Fondo o el último informe anual y no lo recibe dentro de 30 días, usted puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el Tribunal puede requerir al Administrador del Fondo proporcionar los materiales y pagarle a usted hasta \$110 al día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no fueron enviados debido a razones fuera del control del Administrador del Fondo.

Si usted tiene una reclamación de beneficios que es negado o ignorado, por completo o en parte, puede presentar una demanda en la corte federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Fondo o falta de la misma en relación con el estado calificado de una orden de apoyo médico, usted puede presentar una demanda en corte federal. Si sucediera que los fiduciarios hacen uso indebido del dinero del Fondo, o si son discriminados para hacer valer sus derechos, usted puede solicitar ayuda del Departamento de Trabajo, o usted puede presentar una demanda en un tribunal federal. La corte decidirá quién debe pagar los costos judiciales y honorarios legales. Si usted tiene éxito, el Tribunal puede ordenar que la persona que usted ha demandado pague estos costos y los honorarios. Si pierde, el Tribunal puede ordenarle que usted pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si se encuentra que su reclamo es frívolo.

### **Asistencia Con Sus Preguntas**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el Fondo, debe comunicarse con la Oficina del Fondo. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo ERISA, o si usted necesita asistencia para obtener documentos del Administrador del Fondo, debe comunicarse con la Oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleado (anteriormente la Administración de Beneficios de Pensión y Salud), Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, en su directorio telefónico, o:

Division of Technical Assistance and Inquiries  
Employee Benefits Security Administrators  
U.S. Department of Labor  
200 Constitution Avenue, N.W.  
Washington D.C. 20210.

Usted también puede obtener algunas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleado.

## ORGANIZACIONES DE SALUD E INFORMACIÓN DE CONTACTO

| BENEFICIO              | ORGANIZACIÓN DE LA SALUD  | TIPO DE FINANCIACIÓN  |
|------------------------|---|---|
| Médico/Hospital        | Cigna<br>P.O.Box 182223<br>Chattanooga, TN 37422-7223<br>(T) 1-800-Cigna24<br>(1-800-244-6224)<br>(F) Número de fax: 1-859-410-2422   | Auto financiado. El Fondo paga el costo de los beneficios que son administrados por Cigna. Cigna ofrece servicios de pre-certificación y manejo de casos.   |
| Medicamentos Recetados | OPTUMRX<br>P.O. Box 2975<br>Misson, KS 66201<br>(T) 1-800-797-9791<br><a href="http://www.OptumRx.com">www.OptumRx.com</a>  | Auto financiado. El Fondo paga el costo de los beneficios que son administrados por Optum RX.   |
| Visión                 | Healthplex, Inc.<br>333 Earle Ovington Boulevard<br>Suite 300<br>Uniondale, New York 11553-3608<br>(T) 516-542-2200 O 800-468-0600  | Auto financiado. El Fondo paga el costo de los beneficios que son administradas por Healthplex.   |
| Seguro De Vida         | United Teamster Fund<br>2137-2147 Utica Avenue<br>Brooklyn, New York 11234<br>(T) 718-859-1624  | Auto financiado. El Fondo proporciona y administra los beneficios.  |
| Abuso De Sustancias    | Cigna<br>P.O.Box 182223<br>Chattanooga, TN 37422-7223<br>(T) 1-800-Cigna24<br>(1-800-244-6224)<br>(F) Número de fax: 1-859-410-2422<br><br>D.J. O' Grady Consultants Ltd.<br>90 John Street, Suite 305<br>New York, NY, 10038<br>(T) 212-206-7898<br>(F) 212-206-8798 | Auto financiado. El Fondo paga el costo de los beneficios que son administrados por Cigna. Cigna ofrece servicios de pre-certificación y manejo de casos.<br><br>Auto financiado. El Fondo también proporciona y administra beneficios de abuso de sustancias suplementarios. |
| Salud Mental           | Cigna<br>P.O.Box 182223<br>Chattanooga, TN 37422-7223<br>(T) 1-800-Cigna24  | Auto financiado. El Fondo paga el costo de los beneficios que son administrados por Cigna. Cigna ofrece servicios   |

|        |  |   |
|--------|--|---|
|        | <p>(1-800-244-6224)<br/> (F) Número de fax: 1-859-410-2422</p> <p>D.J. O' Grady Consultants Ltd.<br/> 90 John Street, Suite 305<br/> New York, NY, 10038<br/> (T) 212-206-7898<br/> (F) 212-206-8798</p>   | <p>de pre-certificación y manejo de casos.</p> <p>Auto financiado. El Fondo también proporciona y administra beneficios de abuso de sustancias suplementarios.</p>  |
| Dental | <p>Dentcare Delivery Systems, Inc.<br/> 333 Earle Ovington Boulevard<br/> Suite 300<br/> Uniondale, New York 11553-3608<br/> (T) 516-542-2200 O 800-468-0600<br/> <a href="http://www.dentcaredeliverysystems.org">www.dentcaredeliverysystems.org</a></p> | <p>Asegurado. Los beneficios se proveen bajo una póliza de seguro entre el Fondo y Dentcare. Se pagan las primas de la póliza de seguro del fideicomiso del Fondo. A cambio, Dentcare paga por el costo de los beneficios asegurados.</p> |