

**FONDO DE SALUD Y BIENESTAR PARA EMPLEADORES Y
EMPLEADOS DE HOTELES DE LA GRAN ÁREA METROPOLITANA**

**Descripción resumida del plan
y
Documento del plan**

En vigor a partir del 1 de febrero de 2024

**FONDO DE SALUD Y BIENESTAR PARA EMPLEADORES Y EMPLEADOS
DE HOTELES DE LA GRAN ÁREA METROPOLITANA**

3001 Metro Drive, Suite 500
Bloomington, Minnesota 55425
952-854-0795
800-535-6373

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
(Administrador, tal como lo define la ley)

FIDEICOMISARIOS SINDICALES:

Wade Luneburg
Christa Sarrack
Uriel Perez Espinoza

FIDEICOMISARIOS DEL EMPLEADOR:

Lisa Zollars
Adam Welch
Elizabeth Sobolik

ADMINISTRADOR EXTERNO

Wilson McShane Corporation
3001 Metro Drive, Suite 500
Bloomington, Minnesota 55425
952-854-0795
800-535-6373

ABOGADO DEL FONDO DE SALUD Y BIENESTAR

Roger J. Stelljes
Shumaker, Loop & Kendrick, LLP

**FONDO DE SALUD Y BIENESTAR PARA EMPLEADORES Y EMPLEADOS DE
HOTELES DE LA GRAN ÁREA METROPOLITANA**

A todos los participantes del plan:

El Consejo de Administración se complace en presentarle esta Descripción resumida del plan actualizada. En este folleto se describe el Plan de salud y bienestar en vigor desde el 1 de febrero de 2024.

Lea detenidamente este folleto para saber para qué beneficios es elegible, qué debe hacer para reunir los requisitos y cómo presentar una solicitud de beneficios. Sugerimos que guarde este folleto en un lugar seguro, junto con sus otros documentos importantes. Si tiene preguntas sobre el Plan, o si necesita información sobre su elegibilidad para los beneficios, comuníquese con el Fondo. El Consejo de Administración lo ayudará con cualquier asunto relacionado con el Plan.

Atentamente,

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

NOTA IMPORTANTE:

En este folleto de Descripción resumida del plan y Documento del plan se explican sus beneficios conforme al Plan de salud y bienestar. La información contenida en este folleto es exacta y está actualizada en el momento de su impresión. Cualquier Resumen de modificaciones al material emitido después de la fecha de impresión se incorpora por referencia a este documento y rige en lo que respecta a los beneficios de este Plan.

ESTATUS DE DERECHOS ADQUIRIDOS

El Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana cree que su plan de beneficios es un “plan de salud con derechos adquiridos” en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (la Ley de Cuidado de Salud Asequible). Como lo contempla la Ley de Cuidado de Salud Asequible, un plan de salud con derechos adquiridos puede conservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba vigente cuando se promulgó la ley. El plan de salud con derechos adquiridos implica que es posible que el Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana no incluya algunas protecciones al consumidor dispuestas en la Ley de Cuidado de Salud Asequible que rigen para otros planes, como el requisito de prestación de servicios de salud preventivos sin costo compartido. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir algunas otras protecciones al consumidor que prevé la Ley de Cuidado de Salud Asequible, como la eliminación de los límites de beneficios de por vida.

Las preguntas sobre qué protecciones se aplican y qué protecciones no se aplican a un plan de salud con derechos adquiridos, y sobre qué podría causar que un plan deje de ser un plan de salud con derechos adquiridos pueden dirigirse al administrador del plan, Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana; a la atención de: Benefit Plan Administrator, 3001 Metro Drive, Suite 500, Bloomington, MN 55425; 952-854-0795. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. En este sitio web, encontrará una tabla que resume las protecciones que aplican y las que no aplican a planes de salud con derechos adquiridos.

ÍNDICE

<u>Descripción</u>	<u>Número de página</u>
CUADRO DE BENEFICIOS	1
ORGANIZACIONES DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)	14
DEFINICIONES	15
REGLAS DE ELEGIBILIDAD	22
Cómo se determina la elegibilidad	22
REQUISITOS PARA CALIFICAR	22
Elegibilidad inicial.....	22
Cobertura para hijos dependientes.....	22
Elegibilidad continua.....	23
Créditos por incapacidad	23
Finalización de la elegibilidad.....	24
Certificado de cobertura	24
Continuación de la cobertura durante el servicio militar.....	24
Restitución de elegibilidad	27
Ley de Licencia Familiar y Médica.....	28
Mantenimiento de la elegibilidad mediante contribuciones por cuenta propia (Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA)	28
Requisitos de examen médico	33
BENEFICIOS DENTALES.....	36
BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA	43
Beneficiario	43
Períodos sucesivos de incapacidad	44
Exclusiones y limitaciones	44
BENEFICIO DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO.....	44
BENEFICIO INTEGRAL POR GASTOS MÉDICOS IMPORTANTES	45
BENEFICIOS	45
Monto deducible	46
Cargos cubiertos	46
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO.....	53
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	54
Definiciones.....	54
Efecto sobre los beneficios	55
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS EN VIRTUD DE LA LEY DE AUTOMOTORES SIN CULPA.....	56
INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE	56

INFORMACIÓN GENERAL	58
Facilidad de pago.....	58
Subrogación/reembolso	63
Disposiciones uniformes sobre la presentación de un reclamo (aplicables a coberturas de accidentes y de salud)	67
Procedimiento para presentar un reclamo médico.....	68
Solicitudes de beneficios y apelaciones.....	69
DECLARACIÓN DE DERECHOS EN VIRTUD DE LA ERISA.....	88
PROCEDIMIENTO PARA OBTENER DOCUMENTOS ADICIONALES DEL PLAN.....	89

CUADRO DE BENEFICIOS

Los fideicomisarios han celebrado un contrato con UnitedHealthcare para que proporcione una red médica de organizaciones de proveedores preferidos (Preferred Provider Organizations, PPO), la red UnitedHealthcare Choice Plus, para que usted pueda seleccionar de manera individual a sus proveedores de atención médica. **La ventaja de utilizar proveedores que forman parte de la red UnitedHealthcare Choice Plus es que el plan cubre de forma más completa el costo de su atención médica.** Sin embargo, los fideicomisarios le permiten elegir dónde recibir atención médica y esperan que este acuerdo se adapte a sus necesidades. **El Plan es plenamente responsable del pago de los servicios de atención médica prestados de conformidad con los términos del Plan.**

Puede obtener más información sobre la red UnitedHealthcare Choice Plus y obtener ayuda para encontrar proveedores de la red en www.umar.com o llamando al centro de atención al cliente al 1-800-535-6373.

Servicio	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible por año calendario	Ninguno	\$200 por persona Después del deducible, el Plan paga el 80 % de los gastos elegibles.
Gasto máximo anual de bolsillo por persona	\$1200 combinados para cobertura dentro y fuera de la red.	
Copago médico (no se exige copago para los servicios preventivos y de vacunación).	Ninguno	\$15,00 por visita

A. AMBULANCIA Y TRANSPORTE MÉDICO

Traslados preautorizados entre hospitales de la red para el tratamiento iniciado por un médico de la red	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
Todos los demás transportes elegibles	80 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Ambulancia aérea	80 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.

B. SERVICIOS DE QUIROPRÁCTICA

	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
--	---------------------------------	--------------------------------

C. SERVICIOS DENTALES (Consulte también la sección Beneficios dentales)

Servicios dentales preventivos	Consulte la sección Beneficios dentales.	
--------------------------------	------------------------------------------	--

Servicios dentales por accidentes

a. Servicios dentales por accidentes dentro de la red	80 % de los cargos incurridos.	Sujeto a un deducible de \$50 por año calendario y a un beneficio máximo de \$300, el 80 % de los cargos incurridos. (El máximo anual de \$300 no se aplica a los hijos dependientes menores de 19 años).
-------------------------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El tratamiento y la reparación deben completarse dentro de los doce meses posteriores a la fecha de la lesión.

Servicio	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales por derivación médica		
a. Servicios dentales ambulatorios médicamente necesarios	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
b. Hospitalización médicamente necesaria para la atención dental	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
c. Complicaciones médicas de la atención dental	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Cirugía bucal	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Tratamiento del trastorno temporomandibular (temporomandibular disorder, TMD) y del trastorno craneomandibular (craniomandibular disorder, CMD)	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
D. EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, EQUIPOS, ORTESIS Y PRÓTESIS	80 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
E. SERVICIOS DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y URGENCIA		
Atención de emergencia en la sala de emergencias de un hospital, incluidos los servicios profesionales de un médico; atención de emergencia y atención de urgencia.	100 % de los cargos incurridos, sujeto a un copago del miembro de \$50 por visita. No se abonará el copago de emergencias si el paciente es ingresado por la misma afección dentro de las 24 horas.	80 % de los primeros \$2500 y 100 % a partir de entonces de los cargos incurridos por año calendario

Servicio	Dentro de la red	Fuera de la red
F. EDUCACIÓN SANITARIA		
Visita/sesión en el consultorio del proveedor en relación con servicios de prevención	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
Visita/sesión en el consultorio del proveedor en relación con el tratamiento de un problema crónico de salud (como la diabetes)	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
G. SERVICIOS DE SALUD A DOMICILIO		
Fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, terapia respiratoria y servicios de asistencia médica domiciliaria	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Terapia i.v./de nutrición parenteral total (total parenteral nutrition, TPN), servicios de enfermería especializada, servicios prenatales y posnatales, servicios de salud infantil y fototerapia	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Cantidad de visitas	Máximo de 120 visitas por año calendario.	Máximo de 60 visitas por año calendario.
	<i>Cada día de servicios prestados con arreglo a los Beneficios de UnitedHealthcare y los beneficios complementarios cuenta para los máximos indicados arriba.</i>	
H. SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS A DOMICILIO		
Atención a tiempo parcial	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
Atención continua	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
	<i>Límite de 30 días de atención continua y servicio de relevo combinados.</i>	
Servicio de relevo	80 % de los cargos incurridos	Sin cobertura.
	<i>El servicio de relevo está limitado a 5 días por episodio, y 30 días de atención continua y servicio de relevo combinados.</i>	
Medicamentos médicamente necesarios para el tratamiento del dolor y de los síntomas	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.

Servicio	Dentro de la red	Fuera de la red
Camas de hospital semieléctricas y otros equipos médicos duraderos	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
Atención de emergencia y que no es de emergencia	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
I. SERVICIOS HOSPITALARIOS Y DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA		
Servicios hospitalarios médicos o quirúrgicos		
a. Servicios de hospitalización	100 % de los cargos incurridos. Limitado a un máximo de 365 días por período de internamiento, sujeto al límite de días combinados.	Sin cobertura.
b. Servicios hospitalarios o quirúrgicos ambulatorios	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Servicios en centros de enfermería especializada	100 % de los cargos incurridos. Limitado a un máximo de 120 días por período de internamiento, sujeto al límite de días combinados.	80 % de los cargos incurridos. Limitado a un máximo de 120 días por período de internamiento, sujeto al límite de días combinados.
	<i>Cada día de servicios prestados cuenta para el máximo de 120 días de los beneficios complementarios.</i>	
J. SERVICIOS PARA LA INFERTILIDAD	80 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
	Hasta un máximo de por vida de \$10 000.	Hasta un máximo de por vida de \$10 000.
K. SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
L. SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y RELACIONADOS CON SUSTANCIAS QUÍMICAS		
Servicios de salud mental		
a. Servicios ambulatorios, incluida terapia familiar	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Terapia de grupo	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.

Servicio	Dentro de la red	Fuera de la red
b. Servicios de hospitalización, incluido tratamiento diurno	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
Servicios de salud relacionados con sustancias químicas		
a. Servicios ambulatorios	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
b. Servicios de hospitalización	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
<u>Para comunicarse con TEAM, llame al 651-642-0182 o al 1-800-634-7710. Consulte la sección Programa de asistencia al empleado para obtener una descripción de otros servicios prestados por TEAM.</u>		
M. VISITAS AL CONSULTORIO POR ENFERMEDAD O LESIÓN	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos
N. FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y LOGOPEDIA		
Atención de rehabilitación	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Atención de habilitación	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
O. Inyecciones administradas en un consultorio médico		
Inyecciones por alergia	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Vacunas	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
P. Tratamiento alimentario especial para la fenilcetonuria (phenylketonuria, PKU)	80 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Q. SERVICIOS PREVENTIVOS		
Exámenes de salud de rutina y evaluaciones periódicas de salud	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
Servicios prenatales	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Servicios posnatales	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Procedimientos de rutina de detección del cáncer	100 % de los cargos incurridos.	80% de los cargos incurridos.
Exámenes oculares y auditivos de rutina	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
Servicios profesionales de planificación familiar voluntaria	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.

Servicio	Dentro de la red	Fuera de la red
Vacunación de adultos	100 % de los cargos incurridos.	Sin cobertura.
R. SERVICIOS DE TRASPLANTE	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
S. SERVICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA	Los fármacos y medicamentos deben formar parte de la Lista de farmacia de CVS Caremark y deben obtenerse en una farmacia de la red.	
	Debe presentar su tarjeta de elegibilidad de CVS Caremark. Los medicamentos especializados deben comprarse a través de la red Caremark Exclusive Specialty Plus.	
	<u>Dentro de la red</u>	<u>Fuera de la red</u>
Medicamentos para pacientes ambulatorios	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
	<i>Los medicamentos para el tratamiento de la impotencia orgánica se limitan a seis dosis al mes.</i>	
Medicamentos con receta	<i>Pedido al por menor o por correo (suministro para 30 días)</i>	
	<i>Genérico: copago del participante de \$5,00 o del 10 %, lo que sea mayor, pero sin exceder \$20,00.</i>	
	<i>De marca: copago del participante del 20 %, pero sin exceder \$50,00.</i>	
	<i>Pedido al por menor o por correo (suministro para 31-90 días)</i>	
	<i>Genérico: copago del participante de \$10,00 o del 10 %, lo que sea mayor, pero sin exceder \$40,00</i>	
	<i>De marca: copago del participante del 20 %, pero sin exceder \$100,00.</i>	
Todas las demás inyecciones	100 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.
Insulina, por vial o caja de cartuchos de insulina	100 % de los cargos incurridos. Sujeto a copago de miembro.	80% de los cargos incurridos.
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos		
Anticonceptivos orales, por suministro para tres ciclos y dispositivos de barrera, por dispositivo	100 % de los cargos incurridos. Sujeto a copago de miembro.	80% de los cargos incurridos.
Medicamentos/dispositivos inyectables e implantables (los medicamentos/ dispositivos implantables se limitan a uno cada cinco años).	80 % de los cargos incurridos.	80% de los cargos incurridos.
Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad	80 % de los cargos incurridos.	80 % de los cargos incurridos.

Los medicamentos de la lista para el tratamiento de la impotencia orgánica se limitan a seis dosis al mes.

Productos para dejar de fumar, según lo determine UnitedHealthcare. Deben ser recetados por un proveedor autorizado y surtirse en una farmacia de la red. Se limita a un suministro de 60 días por año calendario. No se cubrirá ni dispensará más de un suministro para 30 días a la vez. Solo se dispensará un producto a la vez.	100 % de los cargos incurridos. Sujeto a copago de miembro.	Sin cobertura.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	----------------

A menos que se especifique lo contrario más arriba, puede recibir hasta un suministro para 30 días por receta. No se cubrirá ni dispensará más de un suministro para 90 días a la vez. Si se requiere un copago de miembro, debe pagar un copago de miembro por cada suministro para 30 días o parte proporcional. Si hay un equivalente genérico, los medicamentos de marca solo están cubiertos hasta el gasto que se aplicaría al medicamento genérico, menos cualquier copago requerido.

También puede obtener medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios que se pueden autoadministrar a través del servicio de pedidos por correo de CVS Caremark. Los medicamentos solicitados a través de este servicio están cubiertos al 100 % de los cargos incurridos, sujeto a los montos de copago de miembro indicados anteriormente. Consulte el material de inscripción para obtener información sobre cómo conseguir los medicamentos a través del servicio de pedidos por correo de CVS Caremark.

T. Servicios de telesalud: Teladoc.

Teladoc es un servicio en línea disponible que permite a una persona cubierta consultar a un médico utilizando una computadora, un teléfono inteligente o una tableta con cámara frontal. Teladoc le permite acceder fácilmente a médicos certificados por la junta por teléfono o video en cuestión de minutos para atender necesidades médicas generales agudas que no sean de emergencia. El Plan cubre este beneficio al 100 %. No se exige coaseguro ni copago.

Teladoc puede utilizarse:

- Cuando se necesite atención inmediata.
- Cuando considere la posibilidad de acudir a un centro de atención de urgencias o emergencias para cuestiones que no sean de emergencia.
- Cuando esté de vacaciones o en un viaje de negocios.

Teladoc se puede utilizar en los siguientes casos:

- Medicina general, que incluye, sin carácter taxativo, lo siguiente:
 - Resfriados y gripe.
 - Alergias.
 - Bronquitis.
 - Conjuntivitis.
 - Infecciones de las vías respiratorias superiores.
- Reposición de una receta recurrente.
- Atención pediátrica.
- Asistencia médica que no sea de emergencia.

Para obtener este beneficio, debe completar un formulario de divulgación de antecedentes médicos que servirá de historia clínica electrónica para los médicos que realicen la consulta. Este formulario se puede completar en el sitio web de Teladoc, www.Teladoc.com, mediante el centro de llamadas o a través de la aplicación móvil de Teladoc. Una vez inscrito, puede llamar al 1-800-TELADOC (1-800-835-2362) y solicitar una consulta con un médico. Un médico le devolverá la llamada telefónica. Si solicita una videoconsulta por Internet, se programará la consulta y se enviará una notificación de recordatorio de cita antes de la hora fijada. Si es necesario, el médico le hará una receta. La receta se enviará a la farmacia que usted elija. Los beneficios de este servicio se muestran en el Cuadro de beneficios.

La aplicación de Teladoc funciona con cualquier teléfono inteligente, tableta o computadora que tenga cámara frontal. Puede registrar su cuenta por teléfono, Internet o aplicación móvil. Para empezar, puede:

- ir a www.Teladochealth.com y hacer clic en “Set up account” (Configurar cuenta); o
- descargar la aplicación de Teladoc desde App Store o Google Play, y hacer clic en “Active account” (Cuenta activa); o
- llamar al 1-800-TELADOC (835-2362) para crear una cuenta por teléfono.

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Además de cualquier otra exclusión de beneficios, limitaciones o términos especificados en este Plan, el Plan no cubrirá los cargos incurridos por ninguno de los siguientes servicios, excepto según se describa específicamente en este Plan:

1. Tratamientos, procedimientos o servicios que no son médicamente necesarios, o que sean principalmente de carácter educativo o por motivos vocacionales, de comodidad, conveniencia, apariencia o recreación del participante del Plan, incluido el reentrenamiento cognitivo.
2. Para cobertura, tratamiento, procedimientos o servicios de UnitedHealthcare que no sean proporcionados, autorizados o derivados por un médico de la red u otro proveedor autorizado de la red.
3. Cargos incurridos por servicios, suministros o procedimientos de carácter experimental o investigativo. Para los fines de este Plan, el uso de cualquier tratamiento (que incluye el uso de cualquier tratamiento, procedimiento, instalación, medicamento, equipo, dispositivo o suministro) se considera experimental o investigativo si el uso aún no se reconoce generalmente como práctica médica aceptada, o si el uso requiere la aprobación de una agencia federal u otra agencia gubernamental y la aprobación no se ha concedido en el momento en que se proporcionan el servicio o suministro, o si el uso no está respaldado por pruebas confiables que demuestren que, aplicado a una afección concreta, dicho uso:
 - a. Está generalmente reconocido como un tratamiento seguro y eficaz de la afección por quienes practican la especialidad médica correspondiente.
 - b. Tiene un claro efecto positivo sobre los resultados de salud.
 - c. Con el tiempo, conduce a una mejora de los resultados de salud en condiciones normales de la práctica médica fuera de los entornos de investigación clínica (es decir, los efectos beneficiosos superan los efectos perjudiciales).
 - d. Es al menos tan eficaz como los medios de tratamiento habituales para mejorar los resultados de salud, o puede utilizarse en contextos clínicos adecuados en los que no es posible recurrir al tratamiento habitual.
 - e. Las pruebas confiables incluyen únicamente lo siguiente:
 - i. Informes y artículos publicados en bibliografía médica y científica autorizada.
 - ii. Los protocolos de investigación por escrito o el consentimiento informado por escrito utilizados por el centro donde se realiza el tratamiento o de otro centro que esté estudiando el mismo servicio, suministro o procedimiento.
 - iii. Recopilaciones, conclusiones y otra información que esté disponible y pueda extraerse o inferirse de los puntos (a) o (b) anteriores.

Cabe considerar si:

- El tratamiento no puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU., y la aprobación para la comercialización no se ha concedido en el momento en que se proporciona el tratamiento.
- Existen pruebas confiables que demuestran que el tratamiento es objeto de ensayos clínicos de fase I, II o III para determinar la dosis máxima tolerada, la toxicidad, la seguridad, la eficacia o su eficacia en comparación con los medios habituales de tratamiento o diagnóstico.
- Existen pruebas confiables que demuestran que existe consenso entre los expertos en relación con el tratamiento en cuanto a la necesidad de realizar más estudios o ensayos clínicos para determinar las dosis toleradas, la toxicidad, la seguridad, la eficacia o su eficacia en comparación con los medios habituales de tratamiento o diagnóstico.
- La tasa de mortalidad del tratamiento; la tasa de curación y la tasa de supervivencia para los pacientes que usan el tratamiento para la lesión, enfermedad o afección en particular en comparación con las tasas para los pacientes en situación similar que no usan tratamiento o usan tratamientos existentes que son generalmente aceptados por la Administración de Alimentos y Medicamentos; y la cantidad de pacientes que han recibido el tratamiento para la misma lesión, enfermedad o afección.

La determinación final de si el uso de un tratamiento es experimental o investigativo corresponderá exclusivamente a los fideicomisarios.

4. Si bien las complicaciones relacionadas con un trasplante excluido están cubiertas, los servicios que no se realizarían de no ser por el trasplante no están cubiertos.
5. Descanso, relevo y cuidados básicos. Esto se aplica a todos los tipos de atención institucional y a los servicios prestados en el hogar, a los equipos médicos y a los medicamentos.
6. Servicios asociados con servicios no cubiertos, incluidos, entre otros, pruebas de diagnóstico, monitoreo, servicios de laboratorio, medicamentos y suministros.
7. Servicios prestados que están fuera del alcance del ejercicio profesional o de la licencia de la persona o del centro que prestan el servicio.
8. Cirugía estética para reparar o remodelar una estructura corporal principalmente para mejorar la apariencia o autoestima del participante del Plan, incluidos, entre otros, procedimientos de aumento, procedimientos de reducción y corrección de cicatrices. Esta exclusión no se aplica a los servicios de eliminación de manchas de vino de Oporto y cirugía reconstructiva.
9. Todos los servicios destinados a la reducción de peso, incluidos, entre otros, la hospitalización quirúrgica, los medicamentos y programas de pérdida de peso.
10. Tratamiento, procedimientos o servicios dentales no mencionados en este Plan.

11. Rehabilitación profesional y terapia recreativa o educativa.
12. Servicios de salud requeridos por terceros, incluso para fines de seguro, licencia y empleo.
13. Reversión de la esterilización, reproducción asistida; esto incluye, sin carácter limitativo, transferencia intratubárica de gametos (gamete intrafallopian tube transfer, GIFT), transferencia intratubárica de cigotos (zygote intrafallopian tube transfer, ZIFT) y fertilización *in vitro*; y tratamiento de la infertilidad tras la reversión de la esterilización, así como todos los cargos asociados a dichos procedimientos; inseminación artificial cuando no sea médicamente necesaria para el tratamiento de la infertilidad diagnosticada médicamente de una persona participante del Plan; gestación subrogada y beneficios obstétricos/de maternidad relacionados; adquisición y almacenamiento de esperma.
14. Terapia quiropráctica no rehabilitadora.
15. Servicios de podología, salvo que cumplan los criterios de atención médicamente necesaria.
16. Queratotomía y cirugías queratorrefractivas; anteojos; lentes de contacto y su adaptación, medición y ajuste; y audífonos y su adaptación.
17. Alimentación enteral, a menos que sea la única fuente de nutrición utilizada para tratar un afección potencialmente mortal, suplementos nutricionales, suplementos electrolíticos de venta libre y fórmula infantil.
18. Hormonas del crecimiento que no son para el tratamiento de la deficiencia de la hormona del crecimiento o insuficiencia renal crónica.
19. Asesoramiento genético y estudios genéticos que no son médicamente necesarios.
20. Servicios prestados por un familiar del participante del Plan o por un residente en el domicilio del participante del Plan.
21. Asesoramiento religioso, asesoramiento matrimonial/de pareja y terapia sexual cuando no hay un trastorno mental significativo.
22. Servicios privados de enfermería.
23. Productos de reemplazo de nicotina obtenidos de un proveedor fuera de la red.
24. Servicios que se prestan a un participante del Plan que también tiene otra cobertura de seguro principal para esos servicios y que no brinda al Plan la información necesaria para lograr la Coordinación de beneficios, como lo exige este Plan.
25. La parte de los cargos facturados por un proveedor por un servicio que de otro modo estaría cubierto y que supera los cargos justos y razonables.

26. Cargos por servicios (a) por los que no se habría cobrado en ausencia de seguro o cobertura del plan de salud; o (b) que el participante del Plan no está legalmente obligado a pagar; y (c) de proveedores que exigen al participante del Plan del pago de copagos, deducibles y coaseguros.
27. Traslado y alojamiento relacionado con el traslado, independientemente de que lo recomiende un médico.
28. Membrecías a gimnasios.
29. Tratamiento o procedimientos ortognáticos, y todos los servicios relacionados, excepto los procedimientos considerados cirugía reconstructiva o cuando sea necesario para tratar directamente una afección médica.
30. Gastos incurridos a raíz de lesiones corporales accidentales, enfermedades, trastornos mentales o nerviosos que surjan en el marco de cualquier ocupación o empleo a cambio de salario o ganancias, o que sean pagaderos, en su totalidad o en parte, en virtud de cualquier Ley de Compensación al Trabajador, Ley de Responsabilidad del Empleador, Ley de Enfermedades Profesionales o ley similar. Sin embargo, el Fondo considerará adelantar los gastos médicos pagaderos total o parcialmente en virtud de la Ley de Compensación al Trabajador, siempre que el empleado elegible firme un acuerdo de subrogación con el Plan.
31. Las pérdidas, los gastos o los cargos derivados de la participación de una persona elegible en un motín o en la comisión de un delito mayor o delito menor grave, salvo en el caso de una víctima de violencia doméstica o cuando la participación en el motín o en la comisión del delito mayor o delito menor grave se deba a un problema de salud mental.
32. Las pérdidas, los gastos o los cargos incurridos mientras una persona elegible está en servicio activo o en entrenamiento en las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o las Reservas de cualquier estado o país.
33. Las pérdidas, los gastos o los cargos (1) de los que un tercero pueda ser responsable; y (2) por los que
(a) se haya recibido una compensación conforme a los derechos de subrogación y reembolso del Plan (ya sea antes o después de la presentación o del pago de reclamos por parte del Plan); o
(b) el Plan considere probable que se reciba una compensación. A discreción de los fideicomisarios, las pérdidas, gastos y cargos excluidos por este párrafo pueden pagarse sujetos al derecho de subrogación y reembolso del Plan. El término “tercero”, como se usa en esta sección, incluye a cualquier persona, aseguradora, entidad o agencia del gobierno federal, estatal o local que estén o puedan estar legalmente obligados a reembolsar, compensar o pagar las pérdidas, los daños, las lesiones o los reclamos de una persona relacionados de alguna manera con la lesión, el evento, la afección o la circunstancia que hayan dado lugar a la provisión de beneficios médicos, dentales o por incapacidad del Plan, lo que incluye, sin carácter restrictivo, aseguradoras que proporcionan coberturas de responsabilidad civil, gastos médicos, pérdida salarial, automovilista no asegurado o automovilista con seguro insuficiente.
34. Las pérdidas, los gastos o los cargos incurridos por una persona en el momento en que deba un pago al Plan debido a pagos de beneficios efectuados con base en declaraciones o afirmaciones incorrectas, engañosas o fraudulentas de la persona, o cuando la persona no haya respetado el derecho de subrogación y reembolso del Plan, o no haya cooperado de otro modo con el Plan, todo ello según lo establecido en este Plan.

35. Las pérdidas, los gastos o los cargos incurridos como consecuencia de cualquier lesión, evento, afección o circunstancia respecto de los cuales la persona afectada:
- a. Tenga derecho a recuperar el pago de un tercero (por indicación de los fideicomisarios; las pérdidas, los gastos y los cargos excluidos por este párrafo podrán pagarse sujeto al derecho de subrogación y reembolso del Plan).
 - b. Haya cobrado de un tercero.
 - c. No haya presentado un reclamo por dicha pérdida, gasto o cargo antes de la resolución del reclamo del tercero.
36. Cargos por cualquier lesión o afección que se deriven de un incidente que ocurra en cualquier propiedad donde el arrendatario, el arrendador o el propietario de dicha propiedad sean responsables de la lesión o enfermedad, o que de otra manera estén cubiertas por el seguro del propietario. Sin embargo, el Plan solo considerará los cargos si la víctima no dispone de seguro ni otra forma de compensación, siempre que el empleado elegible o el dependiente elegible (la persona responsable del pago de los gastos) firmen un acuerdo de subrogación con el Plan.
37. Los gastos ocasionados por los servicios prestados mientras la persona está ingresada en un hospital administrado por el Gobierno de los Estados Unidos o una agencia del Gobierno de los Estados Unidos, siempre que dichos cargos sean efectuados por un hospital de la Administración de Veteranos (Veterans Administration, V.A.) que reclame el reembolso del “costo razonable” de la atención prestada por la V.A. En el caso de una discapacidad no relacionada con el servicio, en la medida en que lo exija la ley y sujeto a todos los requisitos de este Plan, dichos cargos se considerarán un gasto cubierto.

ORGANIZACIONES DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)

En la actualidad, el Plan utiliza las siguientes organizaciones de proveedores preferidos (PPO):

UnitedHealthcare para la atención médica;
CVS Caremark para medicamentos de venta con receta;
Delta Dental of Minnesota para servicios
dentales; y TEAM para beneficios de
asistencia a los empleados.

El Consejo de Administración se reserva el derecho de cambiar o interrumpir el servicio con las organizaciones de proveedores preferidos. El Plan puede recibir reembolsos de CVS Caremark, que se utilizarán para reducir los gastos administrativos del Plan. Usted puede obtener recetas “de la red” de cualquier farmacia de la red. Puede obtener una lista completa de las farmacias de la red a través de Wilson-McShane Corporation.

Acceso en línea

Consulte www.UnitedHealthcare.com para obtener información completa del proveedor.

DEFINICIONES

AFECCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: Afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso) como para que pueda esperarse razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata dé lugar a lo siguiente:

1. Puesta en grave peligro de la salud de la persona (o con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer y del niño por nacer).
2. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
3. Deterioro grave de las funciones corporales.
4. Con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones:
 - a. Falta de tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto.
 - ó
 - b. El traslado puede suponer una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

AGENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO Y PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO: (Consulte la página [42](#)).

CARGO: Para los servicios cubiertos prestados por proveedores participantes de la red o proveedores referidos de la red de UnitedHealthcare, es el cargo descontado del proveedor por un determinado servicio, procedimiento o artículo médico/quirúrgico, que los proveedores de la red han acordado aceptar como pago total.

Para los servicios cubiertos prestados por proveedores fuera de la red, es el cargo del proveedor por un determinado servicio, procedimiento o artículo médico/quirúrgico, de acuerdo con el monto permitido de cargo justo y razonable.

El cargo justo y razonable es el monto máximo permitido que el Plan considera en el cálculo del pago de los cargos incurridos por ciertos servicios cubiertos. Es coherente con lo que cobran otros proveedores de un determinado servicio o artículo en la misma comunidad, según determine el Consejo de Administración u otro programa aplicable designado por el Consejo de Administración del Plan.

Se incurre en un cargo por servicios médicos y quirúrgicos ambulatorios cubiertos en la fecha en que se presta el servicio o se proporciona el artículo. Se incurre en un cargo por servicios de hospitalización cubiertos en la fecha de ingreso en el hospital. Para estar cubierto, el cargo debe generarse a partir de la fecha de entrada en vigor y antes de la fecha de finalización. El monto que se considera copago se basa en lo que cobra el proveedor por ese servicio.

CARGO JUSTO Y RAZONABLE: La tarifa o el cargo justos y razonables por los servicios prestados y los suministros proporcionados en la zona donde se prestan dichos servicios o se proporcionan los suministros, siempre que un médico legalmente habilitado los recomiende y apruebe.

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA: Se trata de un establecimiento de enfermería especializada autorizado, que presta legalmente servicios médicos de acuerdo con los privilegios y las limitaciones de las licencias gubernamentales, y que el Plan reconoce como un establecimiento adecuado para brindar atención y servicios de rehabilitación y hospitalarios posagudos a los participantes del Plan, cuya afección requiere atención en un centro de enfermería especializada. No incluye los centros que brindan cuidados mínimos, no rehabilitadores o básicos; atención ambulatoria o a tiempo parcial; o que principalmente brindan tratamiento de la salud mental o relacionados con sustancias químicas, o para la tuberculosis.

COPAGO: El monto especificado en dólares o el porcentaje de cargos incurridos por servicios cubiertos que el Plan no paga, pero que usted debe pagar, cada vez que recibe ciertos servicios, procedimientos o artículos médicos. El Plan comenzará a abonar esos servicios o artículos cubiertos después de que se haya abonado su copago. Los servicios o los artículos cubiertos que requieren un copago se especifican en esta Descripción resumida del plan. El monto que se considera copago se basa en lo que cobra el proveedor por ese servicio. El copago se debe abonar en el momento de la prestación del servicio o cuando lo facture el proveedor.

DEDUCIBLE: El monto especificado en dólares de cargos incurridos por servicios cubiertos que el plan no paga, pero que usted debe pagar primero en un año calendario. El Plan comenzará a abonar esos servicios o artículos después de que se haya abonado el deducible.

DISCAPACIDAD TOTAL: La incapacidad del empleado cubierto de ejercer su ocupación o empleo habitual, o desempeñar las funciones de tal ocupación o empleo.

EMPLEADOR CONTRIBUYENTE: Todo empleador que, de conformidad con los términos de un convenio colectivo o acuerdo de participación, acuerde contribuir al Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana por todas las horas pagadas a los empleados por dicho empleador contribuyente.

EMPLEADO CUBIERTO: Todo empleado que esté cubierto de acuerdo con lo explicado en las Reglas de elegibilidad.

ENFERMEDAD: Dolencia o condición de salud diagnosticada por un médico. El concepto de enfermedad también incluye el embarazo.

Aviso: Este Plan no cubre las enfermedades relacionadas con el empleo.

FIDEICOMISARIOS/CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN: El Consejo de Administración del Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana.

FONDO/PLAN: El Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana.

GASTO: El cargo incurrido por un servicio o suministro cubiertos. Un médico, como se describe en este Plan, debe ordenar o recetar el servicio o suministro. Se considera que se ha incurrido en un gasto en la fecha en que se recibe el servicio o suministro. Los gastos no incluyen ningún cargo por un servicio o suministro que:

1. No sean médicamente necesarios.
2. Superen el cargo justo y razonable.

GASTOS DE BOLSILLO: Usted paga los copagos y deducibles especificados correspondientes a determinados servicios, sujeto al límite de gastos de bolsillo que se describe a continuación.

HIJO DEPENDIENTE: Se refiere a los hijos dependientes del empleado desde el nacimiento hasta el final del mes en que cumplen 26 años.

El concepto de hijo dependiente incluye hijos, hijas, hijastros, hijastras o hijos de acogida elegibles.

Un beneficiario alternativo en virtud de una Orden cualificada de pensión alimenticia para hijos por razones médicas se considera un hijo dependiente elegible. Una Orden cualificada de pensión alimenticia para hijos por razones médicas (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO) es una sentencia, un decreto o una orden (incluida la aprobación de un acuerdo de conciliación) que dicta un tribunal o una agencia administrativa estatal facultada para expedir dicho documento que (a) establece la pensión alimenticia de un hijo de un participante del Plan o la cobertura de los beneficios de salud de dicho hijo de conformidad con la ley estatal de relaciones familiares, y está relacionada con los beneficios del Plan; o (b) se dicta de conformidad con una ley relativa a la pensión alimenticia de los hijos por razones médicas con respecto al Plan (se describe en el artículo § 1396g del título 42 del Código de los EE. UU.). En el Plan se han adoptado procedimientos específicos para determinar el estado de una orden como la QMCSO. Dichos procedimientos están disponibles de forma gratuita si se solicitan por escrito al administrador del Plan.

La cobertura de un hijo dependiente que no puede mantenerse a sí mismo debido a un retraso mental o a una discapacidad física no finalizará cuando cumpla 26 años. La cobertura continuará mientras persista tal condición. La discapacidad del hijo debe haber comenzado antes de alcanzar la edad límite especificada. Además, el hijo debe depender del empleado para su manutención y se debe presentar al Plan constancia del estado de

discapacidad del hijo en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que cumpla 26 años. Un hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura en virtud de esta disposición por pasar a depender de una persona distinta del empleado para su manutención puede volver a estar cubierto por el Plan como hijo dependiente elegible del empleado si: (1) el dependiente elegible tuvo por primera vez un retraso mental o una discapacidad física antes de cumplir los 26 años; (2) sigue teniendo un retraso mental o una discapacidad física, y aporta constancia de ello; y (3) el dependiente elegible vuelve a depender del empleado para su manutención.

HOSPITAL: Institución aprobada o habilitada por una agencia estatal autorizada, y que funciona legalmente en la jurisdicción en la que se encuentra y está incluida en una de las siguientes descripciones:

1. Institución de atención y tratamiento de personas enfermas y lesionadas, con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, y con servicio de enfermería las 24 horas del día.
2. Centro comunitario de salud mental o clínica de salud mental.
3. Centro residencial de tratamiento primario, para el tratamiento del alcoholismo, la dependencia de sustancias químicas o la drogadicción.

Sin embargo, esto no incluye las instituciones que funcionan principalmente como asilos, las residencias para personas mayores ni las instituciones que principalmente ofrecen cuidados básicos. El término **hospital**, en el sentido en que se utiliza en este Plan, también incluye centros quirúrgicos ambulatorios independientes o instalaciones que ofrecen servicio médico ambulatorio las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, que no forman parte de un **hospital**, pero que han sido revisados y aprobados por una agencia estatal autorizada para brindar tratamientos o servicios de atención médica.

INTERNAMIENTO EN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA: El Plan cubre los siguientes servicios en centros de enfermería especializada que se describen a continuación, para el tratamiento posagudo y la atención de rehabilitación de enfermedades o lesiones, tras una hospitalización. Los servicios de rehabilitación se limitan a los servicios en los que se espera que se produzcan progresos apreciables en un plazo razonable. Los servicios en centros de enfermería especializada incluyen alojamiento y comida, enfermería especializada diaria y servicios auxiliares relacionados. Los servicios de relevo, la atención no rehabilitadora y los cuidados básicos no están cubiertos.

LESIÓN: Todo daño producido por un traumatismo de origen externo. **Aviso:** Este Plan no cubre lesiones relacionadas con el empleo.

LÍMITE DE DÍAS COMBINADOS: Su beneficio total se combina para hospitalización, servicios de atención en un centro de enfermería especializada y servicios de salud mental y relacionados con sustancias químicas para pacientes hospitalizados, y se limita a 365 días por período de internamiento (consulte el Cuadro de beneficios). Cada día de dichos servicios prestados en virtud de los Beneficios de UnitedHealthcare (dentro de la red) y de los Beneficios complementarios (fuera de la red) cuenta para este límite de días combinados, para el mismo período de internamiento.

LÍMITE DE GASTOS DE BOLSILLO: Usted paga los copagos y deducibles por servicios cubiertos, hasta el límite individual de gastos de bolsillo. A partir de entonces, el Plan cubre el 100 % de los cargos incurridos por todos los demás servicios cubiertos, durante el resto del año calendario. Usted pagará montos mayores que el límite de gastos de bolsillo si se exceden los máximos de beneficios o los montos máximos anuales. Comuníquese con el Plan para obtener ayuda para determinar el monto pagado por los servicios elegibles específicos recibidos.

	Beneficios de UnitedHealthcare (Dentro de la red)	Beneficios complementarios. (Fuera de la red)
DEDUCIBLE INDIVIDUAL POR AÑO CALENDARIO	Ninguno	\$ 200
LÍMITE DE GASTOS DE BOLSILLO INDIVIDUAL POR AÑO CALENDARIO	\$1200	\$1200

Se combinan los límites de gastos de bolsillo para los Beneficios de UnitedHealthcare y los Beneficios complementarios.

MÉDICO: Toda persona habilitada para ejercer la medicina por la autoridad gubernamental que tenga jurisdicción sobre dicha habilitación y que actúe dentro del ámbito habitual de su ejercicio. Sin embargo, a los efectos de la cobertura en virtud del Plan, se entiende que el concepto de “**médico**” incluye a cualquier psiquiatra con licencia, psicólogo consultor, psicólogo, quiropráctico, osteópata, podólogo, optómetra y cirujano dental, siempre que esa persona esté autorizada y actúe dentro del ámbito habitual de su ejercicio.

MÉDICAMENTE NECESARIO: Se trata de servicios de atención médica que son apropiados en términos de tipo, frecuencia, nivel, entorno y duración para su diagnóstico o afección, pruebas de diagnóstico y servicios preventivos. La atención médicamente necesaria, según lo determinado por el Plan, debe:

1. Ser adecuada para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica.
2. Ser coherente con las normas de práctica médica basadas en pruebas, cuando proceda.
3. No ser principalmente para su conveniencia o la de su familia, su médico o cualquier otra persona.
4. Ser el nivel más apropiado y rentable de servicios o suministros médicos que se pueden proporcionar de forma segura. Cuando se aplica a la atención de pacientes hospitalizados, significa además que las afecciones o los síntomas médicos requieren que los servicios o suministros médicos no se puedan proporcionar de forma segura en un entorno de atención de nivel inferior.

El hecho de que un médico, un proveedor participante o cualquier otro proveedor hayan recetado, ordenado, recomendado o aprobado un tratamiento, servicio o suministro, o le hayan informado de su disponibilidad, no lo hace médicamente necesario.

El Plan ha contratado a UnitedHealthcare como proveedor de la red médica para el Plan. A menos que se indique lo contrario en el Plan, al determinar si un tratamiento o servicio es médicamente necesario, el Consejo de Administración confiará en UnitedHealthcare para que tome dichas determinaciones de acuerdo con las políticas médicas de UnitedHealthcare, y dichas políticas médicas se incorporan al Plan mediante referencia.

MIEMBRO: Todo participante elegible del Fondo.

PERÍODO DE CALIFICACIÓN: Después de la calificación inicial, los períodos de calificación de los empleados son aquellos períodos de tres (3) meses posteriores a su calificación inicial para los beneficios.

PLAN: El documento adoptado por los fideicomisarios donde se describen los beneficios que se proporcionarán a los empleados cubiertos, los requisitos de elegibilidad, las normas de rescisión y las normas y los reglamentos relativos a la administración del **Plan**. El **Plan** no reemplaza ni afecta los requisitos para la cobertura del Seguro de compensación laboral.

SINDICATO: UNITE HERE Local 17, sus predecesores y sucesores.

TRASLADO DEL DEDUCIBLE: Los cargos incurridos en los últimos tres meses de un año calendario, que se aplican a cualquier deducible de ese año calendario, se trasladan y se aplican a cualquier deducible del siguiente año calendario.

REGLAS DE ELEGIBILIDAD

Los empleados cubiertos por un convenio colectivo entre el sindicato y un empleador contribuyente, y en cuyo nombre el empleador contribuyente ha abonado suficientes contribuciones tienen derecho a los beneficios descritos en este folleto.

CÓMO SE DETERMINA LA ELEGIBILIDAD

La elegibilidad se obtiene completando el número establecido de horas según se identifica en los Requisitos para calificar a continuación.

REQUISITOS PARA CALIFICAR

Son elegibles todos los empleados cuyo empleo esté sujeto a un convenio colectivo entre los empleadores y el sindicato, y que trabajen 255 horas o más en un período de tres meses o menos.

ELEGIBILIDAD INICIAL

La fecha de entrada en vigor de su cobertura es el primer día del segundo mes siguiente al final del período establecido para el cual se han pagado 255 horas de contribuciones al Fondo. No tendrá derecho a los beneficios durante el primer mes siguiente al período para el que se realizaron las contribuciones correspondientes a las horas requeridas. Esto se denomina mes de espera. Para que la cobertura entre en vigor, es necesario que usted esté trabajando activamente. Para que la cobertura entre en vigor, es necesario que usted esté trabajando activamente. Las ausencias por licencia por enfermedad o cualquier estado de salud se considerarán trabajo activo.

COBERTURA PARA HIJOS DEPENDIENTES

Los empleados elegibles pueden inscribir a sus hijos dependientes cuando sean elegibles por primera vez para la cobertura en virtud del Plan. A partir de entonces, si el empleado elegible no inscribe a sus hijos dependientes cuando reúne los requisitos por primera vez para la cobertura en virtud del Plan, el empleado elegible solo podrá inscribir a sus hijos dependientes si tiene derecho legal a hacerlo conforme a los requisitos de inscripción especial de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). El costo de la cobertura de los hijos dependientes será responsabilidad del empleado elegible.

Cuando agregue un hijo dependiente a la cobertura del Plan, además de un formulario de inscripción completado, deberá proporcionar al administrador del Plan la siguiente información:

- La fecha de nacimiento, fecha efectiva de adopción o colocación en adopción, o la fecha de su matrimonio (para hijastros).
- Una copia del certificado de nacimiento o de los documentos de adopción, la orden judicial o el certificado de matrimonio (para hijastros).

ELEGIBILIDAD CONTINUA

Seguirá siendo elegible para la cobertura, siempre y cuando se reciban contribuciones en su nombre que sumen 255 horas por **período de calificación**.

Si no adquiere el número establecido de horas para la elegibilidad continua, pero ha trabajado en un empleo cubierto durante el **período de calificación**, se le permitirá pagar por cuenta propia la diferencia entre las horas trabajadas y las horas requeridas. Se le permitirá efectuar un máximo de seis (6) pagos mensuales por cuenta propia para recuperar la elegibilidad en virtud del Plan. Si no trabaja suficientes horas después de efectuar los seis (6) pagos mensuales por cuenta propia, habrá tenido un evento calificado para la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA). En este supuesto, se aplicará la siguiente sección relativa a la **Finalización de la elegibilidad**.

Se permitirá el pago por cuenta propia solo a los empleados cubiertos que trabajen o estén disponibles para trabajar en un empleo cubierto.

CRÉDITOS POR INCAPACIDAD

Si, después de cumplir los requisitos para la cobertura, no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad que no están relacionadas con el empleo, y se considera **discapacidad total**, se le acreditarán 22 horas por cada semana completa de discapacidad con el fin de mantener la cobertura del Plan. Durante las semanas parciales de incapacidad, se le acreditarán horas diarias correspondientes a una séptima parte (1/7) de las horas semanales.

Los empleados con **incapacidad total** son aquellas personas que perciben beneficios **semanales por accidente y enfermedad** de este Fondo, y que están sujetos a los requisitos, las exclusiones y las limitaciones que se describen en la sección **Beneficios semanales por accidente o enfermedad** de este documento.

FINALIZACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

La cobertura finalizará cuando ya no mantenga la elegibilidad como se describe en las secciones Elegibilidad inicial y Elegibilidad continua, o cuando su empleador contribuyente ya no realice contribuciones al Fondo. Si su empleador contribuyente deja de realizar contribuciones al Fondo, su cobertura continuará solo mientras se sigan acreditando las contribuciones.

Es posible que pueda continuar con la cobertura en virtud de la norma especial de continuación del Fondo para empleados activos que realizan pagos por cuenta propia o de la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA, según corresponda.

Su elegibilidad finalizará por cualquiera de los siguientes motivos:

- El Consejo de Administración puede, a su discreción, cambiar o eliminar los beneficios en virtud del Plan, o puede rescindir el Plan o cualquier parte de este.
- Falta de pago de las contribuciones al Plan, o si no paga los montos de los pagos por cuenta propia adeudados.
- Deja el empleo activo con su empleador.
- Usted no cumple con los requisitos de elegibilidad durante un mes calendario y decide no hacer un pago por cuenta propia para ese mes.

CERTIFICADO DE COBERTURA

Se le proporcionará un certificado de cobertura al darse de baja de este Plan.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DURANTE EL SERVICIO MILITAR

Debe informar al administrador del Plan por escrito en cuanto sepa que va a ingresar en el servicio militar.

- En el caso de los dependientes que ingresan en el servicio militar

La cobertura del dependiente cesará en la fecha de ingreso en el servicio militar.

- En el caso de los empleados que ingresan en el servicio militar

Los empleados que ingresan en el servicio militar (y sus dependientes) pueden optar por congelar su cobertura durante el servicio militar (consulte “Congelación de la cobertura”, a continuación) o pueden optar por continuar con la cobertura durante ese período (ver “Continuación de la cobertura durante el servicio militar”, a continuación).

Congelación de la cobertura

A menos que usted o sus dependientes decidan continuar con la cobertura como se describe a continuación, la cobertura para usted (el empleado) y sus dependientes se interrumpirá en la fecha en que ingrese en el servicio militar. Su estatus de elegibilidad se “congelará” cuando ingrese en el servicio militar y se restaurará por completo cuando sea dado de baja honorablemente y regrese a trabajar con un empleador contribuyente. Consulte la subsección titulada “Cobertura después del servicio militar” para obtener información sobre los plazos para el regreso al trabajo.

Continuación de la cobertura durante el servicio militar

Una vez que se haya notificado al administrador del Plan de que usted está ingresando en el servicio militar, usted y sus dependientes podrán comprar Continuación de la cobertura durante el servicio militar. Esa cobertura se proporcionará de la siguiente manera:

- Los procedimientos de elección y las opciones de cobertura serán los mismos que están disponibles en la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA.
- Puede optar por congelar su estatus de elegibilidad como se indicó anteriormente. Sin embargo, si decide no congelar su estatus y desea continuar con su cobertura mientras está de licencia militar, tiene dos opciones: (1) puede utilizar los créditos de continuación que tenga disponibles; una vez agotados, podría elegir y pagar la cobertura según lo previsto y disponible en la continuación de la cobertura en virtud de la COBRA; o (2) si no tiene créditos de continuación disponibles o si desea guardarlos, puede optar por pagar por cuenta propia la Continuación de la cobertura durante el servicio militar.

En cualquiera de las dos opciones mencionadas, puede continuar con su cobertura durante un máximo de veinticuatro (24) meses.

- Si elige la primera opción (usando créditos de continuación seguido de pago por cuenta propia), su estatus de elegibilidad no se congelará. Después de la baja, tendrá que cumplir los requisitos iniciales de elegibilidad del Plan para que usted y sus dependientes estén cubiertos de nuevo, o bien tendrá que realizar pagos por cuenta propia hasta que se hayan cumplido los requisitos iniciales de elegibilidad.

- Debe presentar el pago de la contribución por cuenta propia al administrador del Plan a más tardar el primer día de cada mes. Si no se recibe el pago en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de pago, la cobertura se cancelará con efecto retroactivo a la fecha de pago.

La Continuación de la cobertura durante el servicio militar finalizará en la primera de las siguientes fechas:

- el primer día del mes en el que no se reciba el pago por cuenta propia requerido y a tiempo;
- el final del período disponible (18 o 24 meses) de Continuación de la cobertura durante el servicio militar pagada por cuenta propia; o
- el día siguiente a la última fecha en la que deba presentar una solicitud a un puesto de trabajo con un empleador contribuyente o reincorporarse a este (consulte el cuadro titulado “Plazos para reincorporarse al trabajo”, a continuación).

Cobertura después del servicio militar

Si no elige Continuación de la cobertura durante el servicio militar, su estatus de elegibilidad se congela cuando ingresa en el servicio militar, siempre que haya notificado al administrador del Plan al respecto. Si usted y sus dependientes eran elegibles para la cobertura cuando entró en servicio activo, nuevamente estará cubierto cuando sea dado de baja honorablemente y regrese al trabajo con un empleador contribuyente dentro de los plazos indicados a continuación. Estos plazos pueden extenderse si ha sufrido una lesión o enfermedad relacionadas con el servicio. En dicho caso, debe comunicarse con el administrador del Plan. Debe ser dado de baja honorablemente para poder recuperar el estatus de elegibilidad congelado.

Si no regresa a trabajar con el mismo empleador contribuyente, debe notificar a su sindicato local que está disponible para trabajar con un empleador contribuyente. Además, debe presentar sus documentación de baja dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que regrese a trabajar con un empleador contribuyente.

En caso de que un empleado se incorpore a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o se aliste en el Servicio Militar, su elegibilidad y la elegibilidad de sus dependientes (si los hubiera) cesarán de inmediato. Al recibir la baja de las Fuerzas Armadas, se restablecerá su elegibilidad el día de su reincorporación al trabajo con un empleador contribuyente, siempre que dicha reincorporación al trabajo sea dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la baja.

Si el empleado no regresa a trabajar con un empleador contribuyente dentro de los 90 días a partir de la fecha de la baja, se lo considerará un nuevo empleado y deberá cumplir los requisitos de la sección 9 de este artículo.

Plazos para reincorporarse al trabajo	
<u>Si estuvo en el servicio militar</u>	<u>Debe</u>
De 1 a 30 días	Presentarse ante su empleador (u otro empleador contribuyente) al comienzo del primer día de trabajo programado regularmente transcurridas más de ocho horas desde su regreso a casa.
De 31 a 180 días	Presentar una solicitud de reincorporación a su empleador (u otro empleador contribuyente) dentro de los 14 días posteriores a la finalización de su servicio.
Más de 180 días	Presentar una solicitud de reincorporación a su empleador (u otro empleador contribuyente) dentro de los 90 días posteriores a la finalización de su servicio.

RESTABLECIMIENTO DE LA ELEGIBILIDAD

Si anteriormente estaba cubierto y se le dio de baja, debe volver a cumplir las reglas de **elegibilidad inicial** descritas anteriormente en **Reglas de elegibilidad**.

LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA

La Ley de Licencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA) de 1993 crea un derecho federal para que los empleados cubiertos que reúnan los requisitos puedan tomar hasta doce semanas de licencia no remunerada si están gravemente enfermos, después del nacimiento o de la adopción de un niño, o para cuidar de su cónyuge, padre/madre o hijo gravemente enfermos. Debe notificar al Fondo si reúne los requisitos para tomar una licencia familiar o médica. Su empleador contribuyente debe facilitar al Fondo la información necesaria para verificar que la licencia reúne los requisitos de la FMLA. Su empleador contribuyente también debe certificar la elegibilidad y pagar la prima requerida para la ampliación de la cobertura.

Los empleados cubiertos que reciben beneficios de compensación laboral de un empleador contribuyente durante un **período de calificación** pueden pagar por cuenta propia.

MANTENIMIENTO DE LA ELEGIBILIDAD MEDIANTE CONTRIBUCIONES POR CUENTA PROPIA (CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE LA COBRA)

Si pierde su trabajo o no trabaja suficientes horas para mantener la elegibilidad, puede hacer contribuciones por cuenta propia para continuar con su cobertura. Sus dependientes también pueden hacer contribuciones por cuenta propia si van a perder la cobertura por determinados motivos como se explica a continuación.

Una ley federal (conocida como COBRA) les da a usted y a sus dependientes el derecho de hacer contribuciones por cuenta propia para continuar con la cobertura de atención médica si se pierde la cobertura por determinados motivos. Esta cobertura continua se llama “Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA”. Lo siguiente es un resumen de las reglas que rigen la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA. Si tiene alguna pregunta sobre esta cobertura, llame a la oficina del administrador del Plan.

Además, en lugar de la COBRA, puede comprar cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos. En el Mercado, podría ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales de inmediato, y usted ve cuáles serán sus primas, deducibles y costos de bolsillo antes de tomar la decisión de inscribirse. Ser elegible para la COBRA no limita su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado. Además, puede tener la oportunidad de beneficiarse de una inscripción especial en otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan del cónyuge), incluso si el plan no suele aceptar inscripciones tardías, si solicita la inscripción en un plazo de 30 días.

Eventos calificados para COBRA

1. Tiene derecho a elegir la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA y a hacer contribuciones por cuenta propia para la cobertura durante un máximo de 18 meses, si la cobertura termina debido a uno de los siguientes eventos (llamados “eventos calificados”):
 - a. Una reducción en sus horas.
 - b. La pérdida de su empleo (incluida la jubilación), salvo en caso de cese por falta grave.
 - c. En el caso de las licencias militares tomadas a partir del 10 de diciembre de 2004, la cobertura puede durar hasta 24 meses si la reducción de horas es consecuencia de una licencia militar (consulte “Elegibilidad durante los períodos de servicio militar” en la página 26 para conocer más detalles).
2. Además, sus dependientes tienen derecho a elegir la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA y a hacer contribuciones por cuenta propia para la cobertura durante un máximo de 36 meses después de su finalización, si su cobertura termina debido a uno de los siguientes eventos (llamados “eventos calificados”):
 - a. Divorcio o separación legal de su cónyuge.
 - b. Incumplimiento por parte de un hijo de la definición de dependiente del Plan.
 - c. Su fallecimiento.
 - d. Su inscripción en Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Deber de notificación de la COBRA

1. Usted, su cónyuge o su hijo dependiente deben notificar al administrador del Plan si se **divorcia** o **se separa legalmente**, o si un **hijo pierde el estatus de dependiente** o de cualquier **cambio de dirección**. Se debe notificar al administrador del Plan en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha en que se produzca cualquiera de estos eventos calificados o en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha en que finalizaría la cobertura de la(s) persona(s) afectada(s), si esta última fecha fuera posterior. Al efectuar la notificación, debe proporcionar documentación al administrador del Plan para respaldar el evento calificado. En caso de divorcio, se requerirá una copia de la sentencia de divorcio o documento similar que acredite la fecha del divorcio. En caso de que un dependiente pierda el estatus de dependiente, se requerirá documentación que indique la fecha en que finalizó el estatus de dependiente.
2. Es responsabilidad de su empleador notificar a la oficina del administrador del Plan cualquier otro evento calificado que pudiera provocar la pérdida de cobertura. Sin embargo, para asegurarse de que se le notifiquen sus derechos de elección lo antes posible, usted o un dependiente también deben notificar al administrador del Plan cada vez que se produzca cualquier tipo de evento calificado.

3. Usted debe notificar al administrador del Plan dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de determinación de incapacidad por parte de la Administración del Seguro Social y dentro de los primeros 18 meses de cobertura de la COBRA para que usted, su cónyuge o su hijo dependiente que estén o pasen a estar incapacitados puedan acceder a los once (11) meses adicionales de cobertura (un total de veintinueve [29] meses), que está disponible para las personas con incapacidad (como se explica a continuación). Al realizar la notificación, debe proporcionar al administrador del Plan documentación para respaldar el evento calificado. En el caso de una prórroga por incapacidad, debe presentar una copia de la determinación del estado de incapacidad por parte de la Administración del Seguro Social.

Período máximo de cobertura de la COBRA

Dieciocho (18) meses es el período máximo que usted (el empleado), su cónyuge y sus dependientes pueden tener Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA, si esta es consecuencia de su cese o reducción de horas de empleo. Para usted, este período máximo solo se puede prolongar en caso de incapacidad, como se describe a continuación. Para su cónyuge y sus dependientes, el período máximo se puede prolongar hasta un máximo de veintinueve (29) meses en caso de incapacidad, o hasta un máximo de treinta y seis (36) meses si se producen uno o más eventos calificados nuevos mientras están cubiertos por la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA. “Persona con incapacidad” se refiere a aquellas que tienen derecho a percibir beneficios por incapacidad en virtud de la Ley de Seguridad Social.

Treinta y seis (36) meses es el período máximo que su cónyuge y sus dependientes pueden tener Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA si se produce un evento calificado que no sea el cese o la reducción de horas de empleo. Treinta y seis (36) meses es también el período máximo que su cónyuge y sus dependientes pueden tener la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA, incluso si le ocurren uno o más eventos calificados nuevos a la persona mientras está cubierta por la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA.

Por ejemplo, supongamos que usted fallece mientras realiza contribuciones por cuenta propia para la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA debido a la reducción de horas. Usted y su familia habían estado cubiertos por la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA durante seis (6) meses antes de su fallecimiento. Dado que su fallecimiento es un evento calificado para sus dependientes, su cónyuge elige continuar con la cobertura haciendo contribuciones por cuenta propia para sí mismo/a y para sus hijos dependientes. Su cónyuge tiene derecho a continuar la cobertura para sí mismo/a y para los hijos durante treinta (30) meses

adicionales (el período máximo de cobertura de treinta y seis [36] meses menos el número de contribuciones por cuenta propia que ya haya realizado [36 – 6 = 30]).

Después de que su cónyuge ha continuado la cobertura durante quince (15) de los treinta (30) meses restantes para sí mismo/a y para los hijos, uno de los hijos dependientes que era estudiante se gradúa de la universidad y pierde el estatus de dependiente. Este es un evento calificado para el hijo que le da derecho a hacer contribuciones por cuenta propia para la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA para sí mismo. Sin embargo, el período máximo de cobertura de treinta y seis (36) meses se reduce teniendo en cuenta los veintiún (21) meses de Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA ya recibidos (seis [6] meses de sus contribuciones por cuenta propia antes de su fallecimiento más quince [15] meses de las contribuciones por cuenta propia de su cónyuge). Por lo tanto, el graduado tiene derecho a realizar contribuciones por cuenta propia para la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA durante un máximo de quince (15) meses (36 – 21 = 15).

Otro ejemplo de esta regla de prórroga sería una situación en la que el evento calificado fuera el cese de la relación laboral y usted tuviera derecho a los beneficios de Medicare menos de dieciocho (18) meses antes del cese de la relación laboral (evento calificado). La Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA para beneficiarios calificados además de usted dura hasta treinta y seis (36) meses después de la fecha de obtención del derecho a Medicare. Por ejemplo, si adquiere el derecho a Medicare 8 meses antes del cese de la relación laboral, la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA para su cónyuge y sus hijos puede durar hasta treinta y seis (36) meses después de la fecha de obtención del derecho a Medicare, lo que equivale a veintiocho (28) meses después de la fecha del cese de la relación laboral (treinta y seis [36] meses menos 8 meses).

Si usted, su cónyuge o un dependiente están incapacitados cuando eligen esta cobertura, o quedan incapacitados dentro de los primeros sesenta (60) días después de que elijan continuar la cobertura en virtud de la COBRA, esta puede prorrogarse por un período de hasta veintinueve (29) meses.

Para aprovechar las reglas que permiten la prórroga de la cobertura de la COBRA, se debe presentar al administrador del Plan pruebas que demuestren que se ha producido el segundo evento calificado para recibir dicha prórroga. Como se mencionó anteriormente, en caso de divorcio, se debe presentar una copia de la sentencia de divorcio o documentación similar; en el caso de un dependiente que pierde el estatus de dependiente, documentación que indique la fecha en que terminó el estatus de dependiente; o en el caso de determinación de incapacidad, una copia de la determinación de incapacidad por parte del Seguro Social.

Procedimientos y normas de las contribuciones por cuenta propia para la COBRA

1. Cuando se notifique a la oficina del administrador del Plan de un evento calificado, a usted o a sus dependientes que perderían cobertura debido al evento se les enviará una Notificación de elección. La Notificación de elección le informa sobre su derecho a elegir la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA, las fechas límite de los pagos, las opciones de beneficios que se pueden elegir, el monto de la contribución por cuenta propia mensual para cada opción y otra información importante.
2. Se enviará un Formulario de elección junto con la Notificación de elección. Este es el formulario que usted o los dependientes deben completar y enviar al administrador del Plan para elegir la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA.
3. La persona que elija la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA tiene sesenta (60) días después de que se le haya enviado la Notificación de elección o sesenta (60) días después de que la cobertura finalice, lo que sea posterior, para enviar el Formulario de elección completado. Sin embargo, se recomienda encarecidamente que se envíe el formulario lo antes posible. Se considera que la elección de la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA se realiza en la fecha del matasellos del Formulario de elección.
4. Si no se notifica al administrador del Plan la elección de la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA dentro del período permitido, se considerará que usted o sus dependientes han renunciado a su derecho a la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA.
5. La persona que elige la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA tiene cuarenta y cinco (45) días tras la devolución del Formulario de elección firmado para hacer su pago inicial. (Sin embargo, se recomienda encarecidamente que el pago se realice lo antes posible para que no haya que pagar varios meses en una sola tanda). El pago inicial debe ser suficiente para pagar todas las contribuciones actuales y vencidas.
6. Las contribuciones por cuenta propia de la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA deben hacerse mensualmente. Después de la primera contribución por cuenta propia, cada contribución por cuenta propia mensual subsiguiente se paga, a más tardar, el primer día del mes de beneficios para el que se realiza dicha contribución (la “fecha de pago”). Se considerará que una contribución por cuenta propia se ha efectuado a tiempo si el administrador del Plan la recibe dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de pago.
7. Si la contribución por cuenta propia no se efectúa por el importe correcto en el plazo previsto, la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA para todos los miembros de la familia afectados finalizará. La contribución por cuenta propia no podrá compensarse ni podrá restablecerse la cobertura mediante futuras contribuciones por cuenta propia.
8. Cada miembro de su familia que perdería la cobertura debido a un evento calificado tiene derecho a hacer una elección por separado respecto de la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA.

9. Si elige la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA para usted y sus dependientes, su elección es vinculante para sus dependientes, a menos que hagan una elección por separado.
10. Usted u otro padre/madre o tutor legal pueden elegir en nombre de su hijo menor de edad.
11. Los fideicomisarios determinan el monto de las contribuciones por cuenta propia mensuales con base en las regulaciones federales. El monto de la contribución está sujeto a cambios, pero normalmente no más de una vez al año, a menos que se realicen cambios sustanciales en los beneficiarios proporcionados a los participantes y beneficiarios.

Finalización de la Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA

La Continuación de la cobertura en virtud de la COBRA de una persona se terminará antes del final del período máximo de cobertura cuando se produzca cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. No se realiza una contribución por cuenta propia correcta y a tiempo al Plan.
2. El Plan ya no brinda cobertura médica grupal a los empleados.
3. Después de elegir la COBRA, la persona primero queda cubierta por otro plan de seguro de salud grupal sin limitación de afección preexistente o con una disposición de limitación que no se aplica a la persona o que la persona en cuestión cumple.
4. Después de elegir la COBRA, la persona queda cubierta por Medicare.

REQUISITOS DE EXAMEN MÉDICO

No se le exige ningún examen médico para estar cubierto por el Plan.

Usted tiene el derecho exclusivo de seleccionar su propio médico u hospital.

REEMBOLSO POR ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES

En el caso de los empleados elegibles que no inscriban a sus hijos dependientes en la cobertura del Fondo, el Fondo reembolsará al empleado elegible hasta doscientos veinticinco dólares (\$225,00) por mes por el costo de obtener un seguro de atención médica para dependientes (no incluye artículos tales como seguro dental, de visión, de vida, ni otros beneficios secundarios relacionados con la salud). Para cada reembolso, debe presentarse al Fondo el comprobante de pago, junto con un formulario de reclamo.

DEPENDIENTE: Cualquiera de las siguientes personas son elegibles como dependientes para el Beneficio de reembolso por atención a personas dependientes:

1. Su cónyuge, si no está divorciado o separado legalmente.
2. Cada hijo soltero que aún no ha cumplido 19 años (o 23, si el hijo es un estudiante de tiempo completo), que dependa de usted para más de la mitad de su manutención durante el año calendario y que mantenga un lugar de residencia principal con el empleado durante el año calendario, lo que incluye:
 - a. Un hijo natural, un hijo adoptado legalmente o un hijo colocado en adopción (a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y el hijo sea retirado de la colocación). No es necesario presentar un certificado de salud del hijo adoptado.
 - b. Cualquiera de las siguientes personas que vivan con usted en una relación habitual de padre e hijo:
 - i. Un hijastro solo mientras dure su matrimonio con el padre/la madre del hijastro.
 - ii. Todo hijo soltero mayor de 19 años que asiste a una facultad o universidad acreditada como estudiante a tiempo completo, hasta que el hijo cumple 23 años. Se considera que los estudiantes que viven fuera de casa mientras estudian mantienen una residencia con usted si utilizan su domicilio como residencia permanente a efectos postales y residen con usted durante el período no lectivo. Para verificar que el dependiente es estudiante a tiempo completo, deberá presentar documentación que acredite su asistencia a clase, por ejemplo, el recibo de la matrícula.
 - c. Si un hijo dependiente no puede realizar el 100 % de la carga lectiva a tiempo completo debido a una enfermedad, lesión o incapacidad física o mental documentadas por un médico, su hijo dependiente seguirá siendo elegible si realiza al menos el 60 % de la carga lectiva a tiempo completo.
 - d. Un estudiante a tiempo completo dependiente que sufra una enfermedad catastrófica, que lo obligue a tomar una licencia médica basada en la declaración por escrito de un médico, podrá ampliar su elegibilidad durante un máximo de doce (12) meses o hasta la fecha en que la cobertura finalizaría de conformidad con los términos y condiciones del Plan, lo que ocurra primero. El estatus de estudiante a tiempo completo es determinado por la institución educativa.

3. Pareja de hecho. Cualquier persona que tenga una pareja de hecho actualmente registrada en un organismo gubernamental de conformidad con la ley estatal, local o de otro tipo que autorice el registro; siempre que las personas que comparten la relación de pareja de hecho sean dos (2) adultos que:
 - a. No tengan un parentesco por consanguinidad más cercano que el permitido por las leyes matrimoniales del estado de Minnesota.
 - b. No estén casados ni emparentados por matrimonio.
 - c. Sean competentes para celebrar un contrato.
 - d. No tengan otra pareja de hecho con la que se comparta el hogar o con la que la persona adulta tenga otra relación de pareja.
 - e. Sean responsables conjuntamente de las necesidades de la vida.
 - f. Estén comprometidos el uno con el otro en la misma medida en que lo están las personas casadas entre sí, con excepción del estado civil y las solemnidades tradicionales.

BENEFICIOS DENTALES

RESUMEN DE BENEFICIOS DENTALES

Después de que usted haya pagado el deducible, si lo hubiera, el Fondo paga los siguientes porcentajes del costo del tratamiento, hasta una tarifa máxima por procedimiento. La tarifa máxima permitida por Delta es diferente para los dentistas de DeltaPreferred Option, los dentistas participantes y los dentistas no participantes. Si acude a un dentista no participante, sus gastos de bolsillo pueden aumentar. Si un dentista de DeltaPreferred Option brinda servicios dentales, los porcentajes de pago pueden aumentar, lo que deriva en costos de bolsillo más bajos.

PARA EVITAR CUALQUIER MALENTENDIDO SOBRE LOS MONTOS DE PAGO DE BENEFICIOS, PREGÚNTELE A SU DENTISTA EL ESTADO DE PARTICIPACIÓN CON DELTA Y DELTAPREFERRED OPTION ANTES DE RECIBIR ATENCIÓN DENTAL.

Cuadro de beneficios dentales

	<u>Delta Premier</u>	<u>Delta Preferred</u>
<u>Opción</u>		
COBERTURA A: Servicio de diagnóstico y prevención	100 %	100 %
COBERTURA B1a: Servicios básicos	80 %	100 %
COBERTURA B1b: Endodoncia	80 %	80 %
COBERTURA B1c: Periodoncia	80 %	80 %
COBERTURA B1d: Cirugía bucal	80 %	80 %
COBERTURA B2: Servicios de restauración mayores	50%	60 %
COBERTURA C1: Reparaciones y ajustes de prótesis	50%	50%
COBERTURA C2: Prótesis	50%	50%

Máximos de beneficios:

El Fondo paga hasta un máximo de \$2000,00 por usted por año de cobertura para las coberturas A, B1, B2, C1 y C2.

Deducible:

Hay un deducible de \$50,00 para usted cada año de cobertura para las coberturas B1, B2, C1 y C2. El deducible no aplica a la cobertura A.

El Fondo no cubre el seguro dental para sus dependientes mayores de 19 años. El Plan proporciona cobertura dental a los dependientes menores de 19 años si están inscritos por el empleado cubierto.

El monto de los beneficios pagaderos está sujeto a todas las exclusiones, limitaciones y requisitos de elegibilidad definidos en esta Descripción resumida del plan y el Acuerdo sobre redes entre Delta y el Plan.

Descripción de los procedimientos cubiertos:

El Fondo cubre los siguientes procedimientos dentales cuando son realizados por un dentista habilitado y cuando son necesarios y habituales según lo determinan las normas de la práctica odontológica generalmente aceptada. Los beneficios del Plan se proporcionarán tanto si los procedimientos dentales son realizados por un médico debidamente habilitado como por un dentista debidamente habilitado, si están cubiertos por el Fondo, siempre que dichos procedimientos dentales puedan realizarse legalmente dentro del ámbito de un dentista debidamente habilitado.

Como condición previa a la aprobación de los pagos de los reclamos, el Plan tendrá derecho a solicitar y recibir, en la medida en que sea legal, de cualquier dentista que atienda o examine, o de hospitales en los que se brinde la atención de un dentista, la información y los registros relacionados con usted que sean necesarios para pagar los reclamos. Además, el Plan puede requerir que usted sea examinado por un consultor dental contratado por el Plan en su lugar de residencia o cerca de él. El Plan mantendrá la confidencialidad de dicha información y registros de conformidad con todas las leyes federales y estatales.

COBERTURA A: Servicios de diagnóstico y prevención.

Dos (2) exámenes bucales (incluidos exámenes de emergencia y exámenes especializados), esto incluye radiografías de aleta de mordida cada doce (12) meses. Radiografías de toda la boca o panorex una vez cada tres (3) años. Dos (2) profilaxis dentales o periodontales (limpieza de los dientes) según lo indicado por un dentista cada doce (12) meses. Instrucciones de higiene bucal según lo indicado por un dentista, pero no más de una vez en su vida.

COBERTURA B1a: Servicios básicos.

Tratamiento de emergencia para aliviar el dolor (procedimientos menores). Restauración de la estructura de los diente afectada por caries o fractura, cuando se restaura con amalgamas (empastes de plata) o restauraciones de resina (empastes blancos) en dientes anteriores. Sedación consciente intravenosa y sedación intravenosa cuando se realicen junto con un servicio quirúrgico complejo cubierto. LIMITACIÓN: La sedación consciente intravenosa y la sedación intravenosa no estarán cubiertas cuando se realicen con atención dental no quirúrgica.

COBERTURA B1b: Endodoncia.

Incluye el tratamiento de conducto radicular en dientes permanentes. No se cubre la repetición del tratamiento.

COBERTURA B1c: Periodoncia.

Periodoncia no quirúrgica: procedimientos necesarios para el tratamiento de enfermedades de la encía.

LIMITACIÓN: El beneficio para la repetición de cualquier tratamiento periodontal no quirúrgico solo se proporcionará después de que haya transcurrido un período de dos (2) años.

Periodoncia quirúrgica: los procedimientos quirúrgicos necesarios para el tratamiento de enfermedades de la encía y del hueso que sostiene los dientes.

LIMITACIÓN: El beneficio para la repetición de cualquier tratamiento periodontal quirúrgico solo se proporcionará después de que haya transcurrido un período de tres (3) años.

EXCLUSIÓN: El alargamiento de la corona no es un beneficio cubierto.

COBERTURA B1d: Cirugía bucal.

Cirugía bucal de rutina, comprende la extracción de dientes (incluida la alveolectomía, cuando esté indicado), incluidos los cuidados pre y posoperatorios. Toda otra cirugía bucal como alveoloplastia, vestibuloplastia, extirpación de quistes, tumores, crecimientos, neoplasias y tratamiento de fracturas compuestas y simples. Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico del trastorno de la articulación temporomandibular (TMD) y del trastorno craneomandibular, sujeto a las disposiciones de Coordinación de beneficios. **IMPORTANTE:** Consulte Declaración previa de costos.

COBERTURA B2: Servicios de restauración mayores.

Procedimientos de restauración especiales para restaurar la estructura de los dientes afectada por caries o fractura dental. Coronas, incrustaciones o recubrimientos cuando la cantidad de estructura dental perdida no permite la colocación de un material de empaste. Si se colocan incrustaciones, los beneficios se limitarán al mismo número de superficies y asignaciones que para la amalgama (empaste de plata).

LIMITACIÓN: El beneficio para el reemplazo de una corona, incrustación o recubrimiento se proporcionará solo después de un período de cinco (5) años calculado a partir de la fecha en que se cubrió el procedimiento anterior.

EXCLUSIÓN: El alargamiento de la corona no es un beneficio cubierto. Restauraciones de resina (empaste blanco) para dientes posteriores.

LIMITACIONES: (a) Los dientes posteriores deberán tener un máximo de restauración de resina de tres (3) superficies; (b) la cobertura para el reemplazo de una restauración de resina o una restauración posterior mediante cualquier otro procedimiento se proporcionará solo después de que haya transcurrido un período de dos (2) años.

COBERTURA C1

Reparaciones y ajustes de prótesis: cubre las reparaciones y los ajustes de los aparatos protésicos cuando se utilizan como aparato protésico permanente.

COBERTURA C2

Prótesis; prótesis removibles y fijas: cubre los puentes, las dentaduras postizas parciales estándares y las dentaduras postizas completas para el reemplazo de dientes permanentes extraídos íntegramente. Los beneficios se limitan al método de reemplazo de dientes comúnmente utilizado.

EXCLUSIÓN: NO se brinda cobertura para el reemplazo de dientes faltantes por causas congénitas.

IMPORTANTE: Consulte Declaración previa de costos.

Los beneficios de reemplazo para un aparato protésico determinado con el fin de reemplazar un aparato existente solo se proporcionarán después de que hayan transcurrido cinco (5) años desde la última vez que se usó el beneficio y solo en el caso de que el aparato existente no sea, y no pueda ser, satisfactorio.

EXCLUSIÓN: NO se brinda cobertura para el reemplazo de aparatos protésicos dentales extraviados, perdidos o robados.

Beneficios de reemplazo de prótesis fijas: Ninguna de las unidades individuales del puente puede haber sido cubierta previamente por el seguro como corona o restauración colada en los últimos cinco (5) años. La fabricación del puente debido a la pérdida de un diente permanente existente no descarta la exclusión de cinco años en restauraciones coladas. Se prestarán los servicios necesarios para que el aparato sea satisfactorio.

Exclusiones y limitaciones

Exclusiones. NO se brinda cobertura para lo siguiente:

1. Servicios dentales que usted tendría derecho a recibir por un cargo nominal o sin cargo en virtud de cualquier Ley de Compensación Laboral, programa federal de Medicare o programa federal de la Administración de Veteranos. Sin embargo, si usted recibe una factura o un cargo directo por servicios dentales en virtud de cualquier programa gubernamental, esta exclusión no se aplicará. Los beneficios no se reducirán ni negarán porque se le hayan prestado servicios dentales mientras es elegible para recibir asistencia médica, o la está recibiendo, de conformidad con la sección 62A.045 de la Ley de Minnesota.
2. Procedimientos dentales realizados con fines exclusivamente estéticos.
3. Cargos por procedimientos dentales que se completaron antes de la fecha en que comenzó a ser elegible.
4. Servicios de anesthesiólogos.

5. Sedación profunda/anestesia general, analgesia, agentes analgésicos, ansiolisis/óxido nítrico, inyecciones de fármacos terapéuticos, medicamentos o fármacos para tratamientos dentales quirúrgicos o no quirúrgicos, independientemente del método de administración.
6. Cargos por cualquier procedimiento dental o servicio de atención médica no cubiertos específicamente por el Contrato del plan dental grupal (incluidos los cargos hospitalarios o los cargos por medicamentos recetados). Podrán denegarse técnicas o procedimientos dentales nuevos o experimentales hasta que exista, a criterio del Plan, una base científica establecida para la recomendación.
7. Procedimientos dentales realizados por personas que no sean dentistas habilitados ni sus empleados o agentes.
8. Procedimientos dentales, aparatos o restauraciones que son necesarios para modificar, restaurar o mantener la oclusión, incluidos, entre otros, los siguientes: aumento de la dimensión vertical, remplazo o estabilización de la estructura dental perdida por atrición (desgaste), realineación de los dientes, ferulización periodontal y registros gnatólogicos.
9. Procedimientos de diagnóstico directo, quirúrgicos o de tratamiento no quirúrgico aplicados a las articulaciones o los músculos del cuerpo, excepto lo dispuesto en ortodoncia o cirugía bucal.
10. Cualquier material artificial implantado en o sobre hueso o tejido blando, incluidos procedimientos de implante y accesorios asociados, o extracción quirúrgica de implantes.
11. Carillas (colocación de revestimientos sobre los dientes).
12. Procedimientos de tratamiento de ortodoncia, a menos que se especifique en este folleto como un beneficio dental cubierto.
13. Consultas y visitas a consultorios.
14. Procedimientos temporales.
15. Corrección de afecciones congénitas.
16. Protectores bucales deportivos.
17. No se brinda cobertura para repetir el tratamiento o un tratamiento adicional necesario para corregir o aliviar los resultados de un tratamiento anterior.
18. Prótesis removibles unilaterales.
19. Sellantes.
20. Alargamiento de corona.

Limitaciones

1. Planes de tratamiento alternativo: en todos los casos en los que existan planes de tratamiento alternativo que impliquen costos diferentes, la decisión sobre qué curso de tratamiento seguir será únicamente suya y del dentista. Sin embargo, los beneficios que se pagarán en virtud del presente se harán solo por el porcentaje correspondiente del curso de tratamiento menos costoso, comúnmente realizado, quedando a su cargo el resto del costo del tratamiento.
2. Cirugía reconstructiva: se proporcionarán beneficios para la cirugía reconstructiva cuando dicho procedimiento dental sea incidental o posterior a la cirugía debida a una lesión, enfermedad u otras afecciones de la parte involucrada, o cuando dicho procedimiento dental se realice en un hijo dependiente cubierto debido a una enfermedad o anomalía congénita que haya provocado un defecto funcional según lo determine el médico que lo atienda, siempre que dichos procedimientos sean procedimientos quirúrgicos reconstructivos dentales.

PAGOS DEL PLAN

Tarifas cubiertas

USTED ES LIBRE DE IR AL DENTISTA DE SU ELECCIÓN. No obstante, puede haber una diferencia en el monto de pago si su dentista no es un dentista participante del Plan. Esta diferencia de pago podría acarrearle alguna responsabilidad económica a usted más allá de los conceptos de indemnización habituales del Programa. El monto depende de los honorarios habituales del dentista no participante en relación con la Tabla de asignaciones determinada por el Plan.

Pagos de reclamos

Dentistas de DeltaPreferred Option: Los pagos de reclamos se basan en la tarifa máxima permitida de DeltaPreferred Option o el cargo real, lo que sea menor. Los porcentajes de pago pueden aumentar como se muestra en el Resumen de beneficios dentales. Los pagos de reclamos se envían directamente al dentista de DeltaPreferred Option. Si se presenta un reclamo por servicios dentales prestados por un dentista de DeltaPreferred Option, los “cargos permitidos” serán los menores de los siguientes:

- Las tarifas máximas permitidas de DeltaPreferred Option según lo determinado por Delta Dental.
- El cargo real.
- El monto realmente aceptado como pago completo por el dentista, independientemente del monto cobrado.

Dentistas participantes: Los pagos de reclamos se basan en los honorarios preestablecidos habituales del dentista, el cargo real, el monto aceptado por el dentista como pago completo o la tarifa máxima habitual de Delta, lo que sea menor. Los pagos de reclamos se envían directamente al dentista participante.

Dentistas no participantes: Los pagos de reclamos se basan en los honorarios habituales del dentista que brinda tratamiento o en la Tabla de asignaciones establecida únicamente por Delta Dental, lo que sea menor. Los pagos de reclamos se envían directamente a la persona cubierta.

USTED ES RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS DE TRATAMIENTO HECHOS POR EL DENTISTA NO PARTICIPANTE.

Los pagos de reclamos para dentistas participantes y no participantes se basan en los “Cargos permitidos”, que son los menores de los siguientes:

- Los honorarios habituales, convencionales y razonables de los dentistas participantes.
- La Tabla de asignaciones determinada por Delta en cuanto a dentistas no participantes o, para DeltaPreferred Option, dentistas participantes y no participantes.
- Las tarifas que le cobran realmente.
- Las tarifas que se ofrecen regularmente a los pacientes.
- El monto realmente aceptado como pago completo por el dentista, independientemente del monto cobrado. El Fondo solo efectúa los pagos cuando se han completado los procedimientos dentales cubiertos.

En su primera cita con el dentista, es muy importante que le comunique la siguiente información:

- NÚMERO DE GRUPO
- NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
- FECHA DE NACIMIENTO

BENEFICIO DEL SEGURO DE VIDA

El **beneficio del seguro de vida** es pagadero a su beneficiario si usted muere por cualquier causa mientras es elegible para los beneficios bajo el Plan. El monto del **beneficio del seguro de vida** es de \$6000,00 y se abonan en un pago único después de que se presente al Plan un certificado de defunción o una copia certificada del certificado de defunción. Se paga un beneficio adicional de \$6000 si la muerte es causada por un accidente. En todos los reclamos de indemnización por muerte, la constancia de defunción debe presentarse dentro de un año después del fallecimiento; de lo contrario, el Plan no será responsable del pago del beneficio.

BENEFICIARIO

Sus beneficiarios son las personas nombradas en un formulario de designación que el Fondo tiene en sus registros. Puede cambiar el beneficiario en cualquier momento presentando un nuevo formulario de beneficiario al Fondo. No necesita el consentimiento de su beneficiario actual para cambiarlo. El cambio de beneficiario tendrá efecto cuando envíe el nuevo formulario de beneficiario al Plan.

Si no ha nombrado un beneficiario, o si su beneficiario muere antes que usted, entonces el pago se hará en partes iguales a todos los miembros del primero de los siguientes grupos que corresponda:

- cónyuge supérstite, si lo hubiere; de lo contrario,
- hijos, si los hubiere; de lo contrario,
- padres, si viven; de lo contrario,
- patrimonio.

BENEFICIO SEMANAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD (PÉRDIDA DE TIEMPO)

El **beneficio semanal por accidente o enfermedad** se paga si usted está **totalmente incapacitado** debido a una lesión o enfermedad que no están relacionadas con el empleo. Usted debe estar incapacitado para desempeñar las funciones de su ocupación y no debe dedicarse a ninguna otra ocupación remunerada o lucrativa. Además, debe haber estado trabajando para un empleador contribuyente en el momento en que quedó incapacitado.

El monto de la **tarifa semanal** es de \$250,00 y el **número máximo de semanas pagaderas** es de 13 semanas. El **beneficio semanal por accidente o enfermedad** comenzará el primer día de incapacidad debido a una lesión o el octavo día de incapacidad debido a una enfermedad. En el concepto de enfermedad se incluyen condiciones físicas de salud, embarazo, y trastornos mentales o nerviosos.

PERÍODOS SUCESIVOS DE INCAPACIDAD

Dos o más períodos de incapacidad se consideran un período de incapacidad, a menos que se regrese al trabajo activo a tiempo completo durante al menos dos semanas entre períodos de incapacidad. Las incapacidades posteriores debido a causas totalmente no relacionadas se consideran períodos de incapacidad separados, siempre y cuando regrese al trabajo activo a tiempo completo durante al menos un día entre períodos de incapacidad.

Durante semanas parciales de incapacidad, se le pagará a la tarifa diaria de un séptimo (1/7) de la **tarifa semanal**.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

No se pagan beneficios dentro del concepto de **beneficio semanal por accidente o enfermedad** en los siguientes casos:

- Incapacidad derivada de una enfermedad o lesión por accidente para la que no esté atendido por un médico legalmente calificado.
- Incapacidad cubierta por Compensación laboral o cualquier ley de enfermedad profesional.
- Incapacidad derivada de una lesión laboral que ocurrió mientras trabajaba con fines de lucro.

AVISO: La Ley de Reforma Tributaria de 1986 establece que todo beneficio que reciba como **beneficio semanal por accidente o enfermedad** (como los previstos en este programa de beneficios) deja de estar exento de impuestos y debe incluirse como parte de su ingreso bruto anual.

BENEFICIO DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

SERVICIOS DE SALUD A DOMICILIO El Plan cubre servicios de enfermería especializada, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, terapia respiratoria, nutrición parenteral total/terapia intravenosa (TPN/i.v.) y otros servicios terapéuticos, servicios prenatales y posnatales, servicios de supervisión de salud infantil, servicios de fototerapia, servicios de asistencia médica domiciliaria, servicios de laboratorio y otros servicios de asistencia médica domiciliaria elegibles cuando se brindan en el hogar del participante del Plan, si el participante del Plan está confinado en su casa (es decir, no puede salir de su casa sin un esfuerzo considerable debido a una afección médica. La falta de transporte no constituye confinamiento domiciliario). Los servicios de salud a domicilio son elegibles y están cubiertos solo cuando:

- son médicamente necesarios; y
- se brindan como atención de rehabilitación o terminal (y no como atención no rehabilitadora, de relevo o cuidados básicos); y
- son indicados por un médico e incluidos en el plan escrito de atención domiciliaria.

Para la terapia i.v. y la fototerapia relacionadas con los servicios maternos prenatales y posnatales, y los servicios de embarazo prematuro de alto riesgo, se incluyen en la cobertura equipos, suministros y medicamentos para estos servicios, según corresponda.

Si hay más de una visita de salud en el hogar en un día, se aplica un copago separado a cada una. Por ejemplo, si un enfermero y un fisioterapeuta visitan a un participante del Plan el mismo día, se cobrará un copago separado por cada visita.

Los servicios de salud a domicilio no se brindan como sustituto de un cuidador primario en el hogar o como alivio (relevo) para un cuidador primario en el hogar. El Plan no reembolsará a los familiares ni residentes en la casa del participante del Plan por los servicios anteriores.

Un servicio no se considerará un servicio de enfermería especializada por el mero hecho de que lo realice un enfermero autorizado o se realice bajo su supervisión directa. Cuando un servicio (como la aspiración de traqueotomía o la monitorización del respirador) o servicios similares pueden ser realizados de manera segura y eficaz por una persona que no sea médico (o pueden autoadministrarse), sin la supervisión directa de un enfermero autorizado, el servicio no se considerará un servicio de enfermería especializada, independientemente de que un enfermero especializado realmente lo preste o no. La no disponibilidad de una persona competente para prestar un servicio no especializado no lo convertirá en un servicio especializado cuando lo preste un enfermero especializado. Este Plan solo cubre el componente de enfermería especializada de los servicios denominados “mixtos” (es decir, servicios que incluyen componentes especializados y no especializados).

BENEFICIO INTEGRAL POR GASTOS MÉDICOS IMPORTANTES

El **Beneficio integral por gastos médicos importantes** se paga si se incurre en gastos cubiertos como consecuencia de una lesión o enfermedad que está cubierta por este Plan. Este Plan pagará el **Beneficio integral por gastos médicos importantes** descrito en el **Cuadro de beneficios**.

BENEFICIOS

Los beneficios se pagan en el porcentaje indicado en el **Cuadro de beneficios** por gastos en que se haya incurrido por encima del monto deducible.

Si incurre en gastos cubiertos durante cualquier año calendario que excedan el máximo de gastos de bolsillo que se muestra en el **Cuadro de beneficios**, los beneficios se pagan al 100 % durante el resto del año calendario.

MONTO DEDUCIBLE

El monto deducible es el monto de gastos cubiertos que usted debe pagar cada año calendario antes de que se pague el **Beneficio integral por gastos médicos importantes**. El monto deducible consiste en el **monto deducible por año calendario** que se indica en el **Cuadro de beneficios**.

CARGOS CUBIERTOS

Los cargos cubiertos son los cargos justos y razonables incurridos por los siguientes servicios y suministros médicamente necesarios recomendados por el médico tratante para el tratamiento de una lesión o enfermedad:

1. **Gastos de hospitalización y ambulatorios**, por ejemplo:
 - a. Alojamiento y comida en el hospital, hasta la tarifa promedio que cobra el hospital por una habitación semiprivada, solo para beneficios dentro de la red (no hay cobertura para alojamiento y comida en el hospital para pacientes internados fuera de la red). Si el hospital no tiene habitaciones semiprivadas, el cargo cubierto será del 90 % de la tarifa mínima diaria de una habitación privada y la comida en el hospital.
 - b. Quirófano, medicamentos, fármacos, sangre y plasma sanguíneo (incluida la administración), anestésico (incluida la administración cuando se factura como parte de los cargos hospitalarios), radiografías, radioterapia, fisioterapia, pruebas de laboratorio, apósitos quirúrgicos y suministros médicos.
2. **Gastos quirúrgicos**: Corte, sutura, corrección de fractura, reducción de luxación, electrocauterización, punción (paracentesis), administración de neumotórax artificial, extracción de cálculos o cuerpos extraños mediante endoscopia o inyección de solución esclerosante, incluyendo atención pre- y postoperatoria. El Plan también paga hasta el 20 % del reembolso quirúrgico por gastos de anestesia cuando no se factura como parte de los cargos hospitalarios.
 - a. Operaciones múltiples: Se realiza un pago separado por cada operación realizada. Sin embargo, si se realizan dos o más procedimientos quirúrgicos a través de la misma incisión abdominal, el beneficio total será el monto a pagar por la operación con mayor asignación. Si se realizan dos o más procedimientos quirúrgicos al mismo tiempo a través de diferentes incisiones, el beneficio total para todas esas operaciones no excederá una vez y media (1,5) el monto a pagar por la operación con mayor asignación.

- b. Operaciones sucesivas: Se consideran realizadas durante un período continuo de incapacidad a menos que:
 - i. Se deban a causas totalmente no relacionadas.
 - ii. Usted se haya recuperado completamente de la lesión o enfermedad que requirió la cirugía anterior.
 - iii. Haya regresado al empleo activo durante al menos un día completo de trabajo entre cirugías.
- 3. Atención hospitalaria para el **tratamiento de alcoholismo, dependencia de sustancias químicas, drogadicción y trastornos mentales o nerviosos** para el internamiento en un hospital autorizado de la red o en un programa residencial de tratamiento primario autorizado de la red para el tratamiento de alcoholismo, dependencia de sustancias químicas, drogadicción y trastornos mentales o nerviosos, después del diagnóstico o por recomendación de un médico, y si dicho internamiento comienza mientras la persona está cubierta, el Plan pagará hasta los montos aplicables establecidos en el **Cuadro de beneficios**. No hay cobertura fuera de la red para este beneficio. Las visitas médicas incluyen visitas de psicólogos con licencia y psicólogos consultores con licencia.
Consulte la sección Programa de asistencia al empleado después de esta sección para obtener una descripción de los servicios prestados por TEAM.
- 4. **Tratamiento ambulatorio de alcoholismo, dependencia de sustancias químicas, drogadicción y trastornos mentales o nerviosos:** Tratamiento ambulatorio de alcoholismo, dependencia de sustancias químicas y drogadicción en un programa de tratamiento no residencial aprobado por una agencia estatal autorizada.
Consulte la sección Programa de asistencia al empleado después de esta sección para obtener una descripción de los servicios prestados por TEAM.
- 5. El tratamiento ambulatorio para trastornos mentales o nerviosos incluye la consulta, el diagnóstico y el tratamiento que proporciona cualquiera de los siguientes:
 - a. Un psiquiatra con licencia, un psicólogo consultor con licencia o un psicólogo con licencia que ejerce conforme a la ley estatal.
 - b. Un hospital autorizado o acreditado.
 - c. Un centro comunitario de salud mental o una clínica de salud mental aprobada o autorizada por el Comisionado de Bienestar Público o cualquier otro organismo estatal autorizado.

6. Los beneficios para el tratamiento de alcoholismo, dependencia de sustancias químicas o drogadicción no excederán el monto **máximo de por vida** establecido en el **Cuadro de beneficios** para todos esos servicios o tratamientos.
7. Gastos médicos y quirúrgicos para mastectomías en virtud de los requisitos de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, que incluyen:
 - a. Reconstrucción del seno en el que se practicó la mastectomía.
 - b. Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr apariencia simétrica.
 - c. Prótesis y complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.
8. Los **gastos de maternidad** debidos a un embarazo se cubren inmediatamente como gastos incurridos a partir de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura en el marco del Plan. Según la ley federal, el Plan no puede restringir la estancia hospitalaria por parto a menos de 48 horas después de un parto vaginal normal o a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, las leyes federales generalmente no prohíben que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, tras una consulta con la madre, le dé el alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). El Plan no puede exigir que un proveedor obtenga autorización del Plan para prescribir una estancia de duración inferior a 48 horas (o 96 horas).
9. La **atención neonatal** de cada recién nacido dependiente se cubrirá como cargo de alojamiento y comida en el hospital y como cargos varios durante el período en que la madre esté internada en el hospital como consecuencia del parto. Esos beneficios solo se pagarán si la madre tenía derecho a beneficios de maternidad en el momento del nacimiento del niño. En ningún caso continuarán los beneficios de alojamiento y comida en el hospital y otros beneficios después de que la madre haya sido dada de alta del hospital.
10. Cargos **de laboratorio de diagnóstico y radiografías** por pruebas de laboratorio o radiografías realizadas o recomendadas por un médico mientras no está internado en el hospital.

Los siguientes servicios no están cubiertos:

- a. Exámenes efectuados con fines de control de rutina.
- b. Cuidado o tratamiento dental.
- c. Refracciones oculares.
- d. Radiografías terapéuticas.

11. **Radiografía profunda o radioterapia** recomendadas o aprobadas por un médico o cirujano legalmente calificado y prestados en el consultorio del médico o en el departamento ambulatorio del hospital que genera el cargo.

Los siguientes servicios no están cubiertos:

- a. Radiografías.
 - b. Alquiler o compra de sustancias radiactivas.
 - c. Pruebas de diagnóstico.
12. Gastos de internamiento en un **Centro de enfermería especializada** como consecuencia de una lesión o enfermedad. Los beneficios serán pagaderos por los cargos justos y razonables incurridos durante el período de internamiento en un Centro de enfermería especializada.
13. **Trasplantes de órganos:** Los gastos por cirugía de trasplante se pagarán en el marco de este Plan para los siguientes:

Servicios de trasplante

- a. **Autólogo.** Se refiere a cuando la fuente de células proviene de la propia médula o células madre del individuo.
- b. **Alogénico.** Se refiere a cuando la fuente de células proviene de la médula o células madre de un donante relacionado o no relacionado.
- c. **Trasplante autólogo de médula ósea.** Se refiere a cuando la médula ósea se extrae del individuo y se almacena. El paciente se somete a un tratamiento que incluye la ablación del tumor con quimioterapia o radiación en dosis altas. Se vuelve a infundir (trasplantar) la médula ósea.
- d. **Trasplante alogénico de médula ósea.** Se refiere a cuando la médula ósea se extrae del donante relacionado o no relacionado y se almacena. El paciente se somete a un tratamiento que incluye la ablación del tumor con quimioterapia o radiación en dosis altas. Se vuelve a infundir (trasplantar) la médula ósea.
- e. **Soporte con células madre autólogas/alogénicas.** Proceso de tratamiento que incluye la extracción de células madre de la médula ósea o de sangre periférica, la ablación del tumor con quimioterapia o radiación en dosis altas, la reinfusión de células madre y la atención de apoyo. El trasplante de médula ósea autólogo/alogénico y la quimioterapia en dosis altas con rescate/soporte de células madre periféricas se consideran soporte con células madre autólogas/alogénicas.
- f. **Centro de excelencia designado para trasplantes.** Se refiere a cualquier proveedor de atención médica, grupo o asociación de proveedores de atención médica designados por nosotros para proporcionar servicios, suministros o medicamentos para trasplantes específicos para nuestros miembros.

- g. **Servicios de trasplante.** Se refiere al trasplante (incluidos los trasplantes que se repiten) de los órganos o tejidos humanos que se enumeran a continuación, e incluye todos los tratamientos y medicamentos posoperatorios relacionados y los trasplantes múltiples por una causa relacionada. Los servicios de trasplante no incluyen otros trasplantes de órganos o tejidos ni la implantación quirúrgica de dispositivos mecánicos que funcionan como un órgano humano, excepto la implantación quirúrgica de dispositivos de asistencia ventricular (Ventricular Assist Devices, VAD) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (United States Food and Drug Administration, FDA), que funcionan como un puente temporal hacia el trasplante de corazón.

Cobertura. El Plan cubre los servicios de trasplante elegibles (como se definió anteriormente) mientras usted sea participante del Plan. Los trasplantes que se considerarán para la cobertura se limitan a lo siguiente:

- a. Trasplantes renales para enfermedad terminal.
- b. Trasplantes de córnea para enfermedad terminal.
- c. Trasplantes de corazón para enfermedad terminal.
- d. Trasplantes de pulmón o trasplantes de corazón/pulmón para: (1) hipertensión pulmonar primaria;
(2) síndrome de Eisenmenger; (3) fibrosis pulmonar terminal; (4) deficiencia de alfa-1 antitripsina; (5) fibrosis quística; y (6) enfisema.
- e. Trasplantes de hígado para: (1) atresia biliar en niños; (2) cirrosis biliar primaria; (3) infección viral posaguda (incluidos la hepatitis A, el antígeno e negativo de la hepatitis B y la hepatitis C) que causa atrofia aguda o cirrosis postnecrótica; (4) colangitis esclerosante primaria; y (5) cirrosis alcohólica.
- f. Trasplantes alogénicos de médula ósea o soporte con células madre periféricas asociado con quimioterapia en dosis altas para: (1) leucemia mielógena aguda; (2) leucemia linfocítica aguda; (3) leucemia mielógena crónica; (4) inmunodeficiencia combinada grave; (5) síndrome de Wiskott-Aldrich; y (6) anemia aplásica.
- g. Trasplantes autólogos de médula ósea o soporte con células madre periféricas asociado con quimioterapia en dosis altas para: (1) leucemias agudas para los participantes del Plan en segunda remisión o en remisiones posteriores, excepto para pacientes con LMA selectiva en primera remisión; (2) linfoma no Hodgkin recidivante sensible a la quimioterapia; (3) enfermedad de Hodgkin; (4) linfoma de Burkitt en adolescentes y adultos jóvenes; y (5) cáncer de mama en estadios II, III y IV.

- h. Trasplantes de páncreas para trasplantes simultáneos de páncreas y riñón para diabetes tipo I no controlada.

Los cargos por servicios de trasplante deben generarse en un centro de excelencia designado para trasplantes. El tratamiento relacionado con el trasplante proporcionado estará sujeto a las disposiciones, limitaciones y demás términos de este Plan y de acuerdo con ellos.

Los gastos médicos y hospitalarios del donante solo se cubren cuando el receptor es un participante del Plan y el trasplante ha sido aprobado para su cobertura. No se cubre el tratamiento de las complicaciones médicas que puedan ocurrirle al donante.

Además, se aplica lo siguiente:

- i. Para el receptor:

- El uso de equipos mecánicos temporales, en espera de la adquisición de órganos humanos “compatibles”.
- Trasplantes múltiples durante una operación.
- Reemplazos o trasplantes posteriores.
- Gastos de seguimiento por los servicios cubiertos (incluida la terapia inmunosupresora) hasta el Máximo de gastos de seguimiento.

- ii. Para el donante:

- Pruebas para identificar a los donantes adecuados.
- Gastos de adquisición de los órganos de un donante.
- Gastos de soporte vital de un donante en espera de la extracción de uno o varios órganos utilizables.
- Transporte de un donante vivo.
- Transporte de órganos o donante en soporte vital.

- iii. Definiciones

Cirugía de trasplante: Transferencia de uno o varios órganos del cuerpo del donante al receptor.

Donante: Persona que se somete a una operación quirúrgica con el fin de donar uno o más órganos de su cuerpo para una cirugía de trasplante.

Órgano: Cualquiera de los siguientes: riñón, corazón, corazón/pulmón, hígado, páncreas (cuando la afección no se puede tratar con insulina), médula ósea (para la leucemia), hueso y córnea.

Receptor: Persona elegible que se somete a una operación quirúrgica para recibir un trasplante de órganos.

- iv. No se pagarán beneficios por:
- Trasplantes de órganos, a menos que exista documentación médica de que el tratamiento convencional podría ser insatisfactorio, no estar disponible o ser más peligroso que un trasplante.
 - Cualquier órgano animal o equipo mecánico, dispositivo u órganos, excepto en la forma prevista en los beneficios para un receptor.
 - Cualquier contraprestación económica al donante que no sea por un gasto cubierto que se ocasione en la realización de la cirugía de trasplante o en relación con ella.
 - Trasplantes de órganos que usted no está legalmente obligado a pagar.
 - Cualquier concepto excluido en las Exclusiones y limitaciones generales.
 - Gastos de trasplante de órganos que exceden el beneficio máximo de por vida como se indicó anteriormente.

14. **Otros gastos**, incluidos:

- a. Tratamiento por un médico legalmente calificado.
- b. Tratamiento por un fisioterapeuta (que no sea un miembro de su familia inmediata).
- c. Tratamiento dental por un médico, dentista o cirujano dental para una fractura de mandíbula o una lesión en dientes naturales, incluida la sustitución de dichos dientes dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha del accidente.
- d. Radiografía o radioterapia.
- e. Radiografías y exámenes de laboratorio, excluidas las radiografías dentales, a menos que se realicen para el tratamiento dental de una mandíbula fracturada o por una lesión en dientes naturales dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha del accidente.
- f. Servicio de ambulancia profesional para el transporte médicamente necesario hacia y desde un hospital, excepto el servicio de ferrocarril, barco, autobús, avión u otro transportista común.
- g. Inyecciones de hormona del crecimiento humana.
- h. Los siguientes suministros médicos:
 - i. Fármacos y medicamentos obtenidos legalmente de un farmacéutico autorizado únicamente mediante la receta de un médico con licencia vigente, pero excluyendo específicamente aquellos medicamentos o cualquier otra forma de medicación que puedan obtenerse sin dicha receta, aunque puedan ser recetados.

- ii. Sangre y plasma sanguíneo.
 - iii. Extremidades y ojos artificiales.
 - iv. Apósitos quirúrgicos.
 - v. Yesos.
 - vi. Férulas.
 - vii. Bragueros.
 - viii. Ortesis.
 - ix. Muletas.
 - x. Alquiler de sillas de ruedas o camas de hospital.
 - xi. Oxígeno y alquiler de equipos para su administración.
- i. Inyectables médicos para ser administrados por un profesional médico.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

El Fondo tiene un contrato con TEAM para prestar servicios de asistencia a los empleados. TEAM ofrece soluciones reales a un amplio espectro de problemas, incluidos:

- Estrés.
- Asuntos legales.
- Relaciones.
- Lugar de trabajo.
- Abuso de sustancias químicas.
- Depresión.
- Manejo de la ira.
- Problemas financieros.
- Asuntos de paternidad.

TEAM. TEAM proporciona evaluación y asesoramiento a corto plazo (1 a 3 sesiones) en el marco del Programa de Asistencia al Empleado (Employee Assistance Placement, EAP). Si se comunica con TEAM por un problema, es posible que ellos puedan ayudarlo o que lo deriven al profesional apropiado de su red. Todos los servicios que ofrece TEAM son confidenciales y sin costo alguno para usted. Todos los servicios estarán cubiertos por los beneficios del seguro al igual que cualquier otra afección médica.

La asistencia es confidencial y está disponible las 24 horas del día llamando a estos números:
651-642-0182 o 1-800-634-7710
www.team-mn.com

El tratamiento se limitará a los servicios prestados por los proveedores que se indican a continuación:

- Para asesoramiento en salud mental: LPSS, LPC, LICSW, LMFT, LP o proveedor calificado de manera sumaria.
- Para la gestión de medicamentos: MD/DO, CNS/NP.
- Para el tratamiento del abuso de sustancias: LADC o terapeuta autorizado con competencia demostrable en el tratamiento de abuso de sustancias.

Los siguientes servicios están cubiertos por el Programa de TEAM:

- Problemas de comportamiento.
- Trastorno de conducta.
- Trastorno de oposición desafiante.
- Trastornos del desarrollo.
- Trastornos del control de impulsos.
- Códigos V.
- Trastornos sexuales.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

El propósito de este Plan es ayudarlo a cubrir los costos de atención o tratamiento médico necesarios. Ningún empleado cubierto debe recibir beneficios mayores que los gastos reales incurridos. En ningún caso el pago en virtud del presente Plan superará el monto que se habría autorizado si no se aplicara ningún otro plan. Todos los beneficios médicos proporcionados en el marco de este Plan están sujetos a estas reglas.

DEFINICIONES

Plan significa cualquier plan que proporcione beneficios o servicios para atención o tratamiento médico, dental o de la vista o con motivo de ellos en virtud de:

- Seguro de grupo.
- Práctica grupal, UnitedHealthcare grupal, práctica individual ofrecida en base grupal u otra cobertura de prepago grupal.
- Planes de fideicomisarios de administración laboral o planes de organización de beneficios para empleados.
- Programas gubernamentales o cobertura requerida o proporcionada por cualquier

estatuto, incluyendo un fideicomiso de necesidades especiales o un fideicomiso de necesidades suplementarias.

- Acuerdos colectivos para los miembros de asociaciones de individuos.
- Cobertura de automotores sin culpa, grupal o individual.
- El monto neto de recuperación otorgado por veredicto del jurado, orden judicial o acuerdo atribuible a la lesión o enfermedad por accidente.

El término **Plan** se interpreta por separado en cuanto a cada póliza, contrato u otro acuerdo de beneficios o servicios, y por separado en cuanto a cualquier parte de un Plan que pueda considerar beneficios o servicios de otros Planes al determinar sus beneficios y cualquier parte que no lo haga.

Un **Cargo** significa cualquier gasto necesario, razonable y habitual que está cubierto, al menos en parte, por uno de los Planes que cubre a la persona por la que se hace el reclamo.

Si un Plan proporciona beneficios en forma de servicios y suministros en lugar de dinero en efectivo, el valor razonable en efectivo del servicio proporcionado y los suministros provistos (que de lo contrario serían un **Cargo**) se considerará tanto un **Cargo** como un beneficio pagado.

EFECTO SOBRE LOS BENEFICIOS

Si usted está cubierto por otros planes, los beneficios de este Plan y de los otros planes estarán coordinados. Esto significa que un plan paga todos sus beneficios primero y luego paga el otro.

- El plan primario (el plan que paga primero los beneficios) paga los beneficios que serían pagaderos en sus términos en ausencia de esta regla.
- El plan secundario (el que paga beneficios después del plan primario) limitará los beneficios que paga para que la suma de su beneficio y todos los demás beneficios pagados por el plan primario no excedan el mayor de los siguientes:
 - El 100 % de los **cargos** totales.
 - El monto de los beneficios que habría pagado de haber sido el plan primario.

Cuando usted es elegible para otro plan, estas son las reglas que determinan el orden en que se pagan los beneficios:

- Cuando el otro plan no tiene reglas de coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB), ese plan es el primario y debe determinar los beneficios primero.
- Cuando otro plan tiene reglas de COB, rige la primera de las siguientes reglas:

- Si uno de los planes cubre al reclamante como empleado, ese plan será primario y determinará los beneficios antes de un plan que cubra al reclamante en una calidad distinta a la de empleado.
- Cuando una parte del plan coordina los beneficios y otra no, cada parte será tratada como un plan separado.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS EN VIRTUD DE LA LEY DE AUTOMOTORES SIN CULPA

Los estatutos del estado de Minnesota permiten que los planes de salud y bienestar coordinen los pagos de beneficios en el marco de la Ley de Automotores sin Culpa. Si usted se ve implicado en un accidente en el que está involucrado un vehículo motorizado y recibe pagos médicos de una póliza (o programa de autoseguro) para los vehículos motorizados involucrados, los beneficios del Plan se coordinarán con dichos pagos. Si no contrata un seguro de automotores sin culpa, el Plan coordinará los beneficios como si estuviera cubierto por el seguro de automotores sin culpa. El Plan no pagará beneficios hasta que se hayan pagado los montos mínimos legales de la cobertura sin culpa.

INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE

Medicare es un programa de varias partes:

- **Parte A de Medicare:** Oficialmente denominada Beneficios del seguro hospitalario para personas mayores y con discapacidades (Hospital Insurance Benefits for the Aged and Disabled), cubre principalmente beneficios hospitalarios, aunque también proporciona otros beneficios.
- **Parte B de Medicare:** Oficialmente denominada Beneficios de seguro médico suplementarios para personas mayores y con discapacidades (Supplementary Medical Insurance Benefits for the Aged and Disabled), cubre principalmente los servicios médicos, aunque también cubre una serie de otros artículos y servicios.
- **Parte C de Medicare:** Denominada “Medicare Advantage”, es la oferta de atención gestionada de Medicare. Si usted tiene la cobertura de un programa de atención gestionada, el Plan asumirá que ha cumplido con las reglas del programa necesarias para que el programa cubra sus gastos.

- **Parte D de Medicare:** Denominada Cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (Medicare Prescription Drug Coverage) es la cobertura de medicamentos recetados de Medicare que se ofrece a través de empresas privadas a todas las personas elegibles para Medicare.

Por lo general, usted pasa a ser elegible para Medicare cuando cumple 65 años. En determinadas circunstancias, usted puede ser elegible para Medicare antes de los 65 años si es un trabajador con incapacidad o tiene una enfermedad renal en etapa final (End Stage Renal Disease, ESRD). Pueden aplicarse reglas especiales si usted es elegible para Medicare basándose únicamente en la ESRD. Comuníquese con la oficina del Fondo para obtener más información.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS CON MEDICARE

Cuando Medicare es la cobertura primaria (como se describe a continuación), el Plan no duplicará los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Los beneficios se reducirán en el monto que Medicare habría pagado incluso si usted no se hubiera inscrito para la cobertura de la Parte A o la Parte B o hubiera presentado un reclamo. Por lo tanto, es muy importante que se inscriba en Medicare cuando se jubile o quede incapacitado.

Este Plan será primario por sobre Medicare para sus reclamos si mantiene su elegibilidad para este Plan y si:

- Tiene al menos 65 años de edad, es elegible para Medicare debido a su edad y es empleado activamente por un empleador ADEA que paga la totalidad o parte de las contribuciones requeridas para ser elegible.
- Se considera incapacitado en virtud del Seguro Social, pero todavía se considera activo por un empleador ADEA.
- Tiene enfermedad renal en etapa final (ESRD), pero no ha completado el período de espera requerido antes de que Medicare se convierta en su plan primario.

Medicare será primario por sobre el Plan si usted:

- Tiene más de 65 años y no está empleado activamente por un empleador ADEA que pague la totalidad o parte de la prima requerida.
- Tiene al menos 65 años y está jubilado. (Sin embargo, si tiene derecho a Medicare debido a la ESRD antes de ser elegible para Medicare debido a la edad u otra incapacidad, este Plan será primario durante el período de espera requerido).
- Está incapacitado, ha completado el período de espera de 24 meses y no está empleado activamente por un empleador ADEA que pague la totalidad o parte de la prima requerida.

Las reglas de coordinación de beneficios descritas en la sección **Coordinación de beneficios** de este folleto todavía se aplican para determinar la cobertura primaria para sus dependientes.

Las siguientes definiciones tienen significados específicos para esta sección:

Beneficios de Medicare significa beneficios por servicios y suministros que usted recibe o tiene derecho a recibir en el marco de Medicare Partes A y B.

65 años se refiere a la edad cumplida a las 12:01 a. m. del primer día del mes en que cumple 65 años.

Empleador ADEA significa un empleador que:

- Está sujeto a la Ley de Discriminación por Edad en el Empleo (ADEA) de los EE. UU.
- Tiene 20 o más empleados cada día laborable en 20 o más semanas calendario durante el año calendario actual o el anterior.

INFORMACIÓN GENERAL FACILIDAD DE PAGO

Si los pagos que deberían haberse efectuado en virtud de este Plan, como se indica en esta disposición, se han realizado en virtud de cualquier otro plan, este Plan podrá, a su entera discreción, pagar a las organizaciones que hayan realizado tales otros pagos el monto que determine para satisfacer la intención de esta disposición. Los montos así pagados se consideran beneficios abonados en virtud del presente Plan y, en la medida de esos pagos, el Fondo quedará totalmente exento de responsabilidad en virtud del presente Plan.

LEY SIN SORPRESAS

En virtud de la Ley sin Sorpresas (No Surprises Act), usted no estará sujeto a facturación de saldo o sorpresa cuando reciba los siguientes tipos de atención:

- Atención de emergencia.
- Tratamiento ofrecido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red.

Facturación de saldo (a veces llamada “facturación sorpresa”)

Cuando vea a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que tenga ciertos costos de bolsillo, como un copago, un coaseguro o un deducible. Es posible que tenga otros costos o tenga que pagar la factura completa si ve a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red UnitedHealthcare del Plan.

“Fuera de la red” se refiere a proveedores y centros que no han firmado un acuerdo de proveedor con UnitedHealthcare. Los proveedores fuera de la red pueden ser autorizados a facturarle por la diferencia entre lo que el Plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama “facturación de saldo”. Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio.

Esta “facturación sorpresa” es una factura por un saldo inesperado. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién se ocupa de su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero es atendido inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido contra la facturación saldo por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro que están fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red del Plan (como copagos y coaseguros). A usted **no le pueden** facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de que se encuentre en condiciones estables, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red del Plan. Esto se aplica a medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o servicios intensivos. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden**

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

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red, y el Plan le recomienda encarecidamente que busque atención de los proveedores dentro de la red de UnitedHealthcare.

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

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coaseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviese dentro de la red). El Plan pagará directamente a proveedores y centros fuera de la red.
- El Plan hará lo siguiente:

- Cubrirá los servicios de emergencia sin necesidad de obtener la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
- Cubrirá los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
- Basará lo que usted deba al proveedor o centro (costo compartido) en lo que el Plan pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrará esa cantidad en su explicación de beneficios.
- Contará cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red a favor de su deducible y límite de gastos de bolsillo en el marco del Plan.

Reclamos en el marco de la Ley sin Sorpresas. Derechos de apelación: Si se le deniega un reclamo por cobertura o pago de la manera descrita anteriormente por servicios de emergencia o servicios que no sean de emergencia realizados en un centro dentro de la red por un proveedor fuera de la red, puede presentar una apelación ante el Consejo de Administración. Además, en caso de que el Consejo de Administración deniegue la apelación, los reclamos mencionados están sujetos a una revisión externa por terceros, como se indica más adelante.

Apelaciones externas de reclamos (solo para reclamos en virtud de la Ley sin Sorpresas)

Si el Consejo de Administración deniega su apelación de reclamo que involucra un reclamo cubierto por la Ley sin Sorpresas, puede optar por que esa determinación de rechazo de la apelación pase por una revisión externa de terceros.

Revisión externa estándar para reclamos no urgentes

Puede presentar una solicitud de revisión externa dentro de los cuatro (4) meses posteriores a la fecha de recepción de un aviso de determinación de rechazo del beneficio o determinación interna final de rechazo del beneficio.

- Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud de revisión externa, el administrador del Plan completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar lo siguiente:
 - Si usted está o estuvo cubierto por el Plan en el momento en que se solicitó el artículo o servicio de atención médica o, en el caso de una revisión retrospectiva, estuvo cubierto por el Plan en el momento en que se proporcionó el artículo o servicio de atención médica.
 - Si la determinación de rechazo del beneficio o la determinación interna final de rechazo del beneficio no se basan en el hecho de que usted no era elegible en virtud del Plan.
 - Si usted ha agotado el proceso de apelación interno del Plan (a menos que no se requiera su agotamiento).
 - Si usted ha facilitado toda la información y los formularios requeridos para procesar una revisión externa.

- Dentro de un (1) día hábil después de completar la revisión preliminar, el administrador del Plan le notificará por escrito si su reclamo es elegible para una revisión externa. Para ser elegible para la revisión externa, la decisión de rechazo de la apelación debe basarse en un dictamen médico, o debe implicar la rescisión de la cobertura. Si su solicitud estaba incompleta, el aviso describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud. Tendrá hasta el final del período de 4 meses que tenía para presentar una solicitud de revisión externa o 48 horas (lo que sea posterior) para completar la solicitud. Si su solicitud está completa pero no es elegible para una revisión externa, el aviso incluirá las razones por las que su solicitud no fue elegible e información de contacto para la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.
- Si la solicitud está completa y es elegible para una revisión externa, el administrador del Plan asignará una organización de revisión independiente (independent review organization, IRO) acreditada para que realice la revisión externa.
 - La IRO utilizará expertos legales cuando corresponda para hacer determinaciones de cobertura en virtud del Plan y le notificará por escrito la elegibilidad y aceptación de la solicitud para revisión externa. En el plazo de 10 días hábiles, podrá enviar información adicional por escrito a la IRO que la IRO deberá tener en cuenta al realizar la revisión externa.
 - El administrador del Plan proporcionará a la IRO los documentos y toda la información que se haya considerado para tomar la determinación de rechazo del beneficio o la determinación interna final de rechazo del beneficio.
 - La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente y no está vinculada por la determinación previa del administrador del Plan. La IRO podrá considerar lo siguiente para tomar una decisión:
 - Su historia clínica.
 - La recomendación del profesional de la salud tratante.
 - Informes de profesionales de la salud apropiados y otros documentos presentados por el administrador del Plan, usted o su proveedor de tratamiento.
 - Los términos del Plan.
 - Directrices prácticas basadas en pruebas.

- Cualquier criterio de revisión clínica aplicable desarrollado y utilizado por el administrador del Plan.
 - El dictamen de los revisores clínicos de la IRO después de considerar la información indicada anteriormente, según proceda.
- La IRO notificará por escrito la decisión final de la revisión externa dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud de revisión externa. La notificación contendrá una descripción general de la razón de la solicitud de revisión externa y un análisis de la razón o las razones principales de su decisión, incluida la justificación de su decisión y cualquier norma basada en pruebas que haya servido de fundamento para la decisión.

Revisión externa acelerada

- Puede solicitar una revisión externa acelerada cuando reciba:
 - Una determinación de rechazo del beneficio que involucre una afección médica para la cual el plazo para completar una apelación interna acelerada en virtud de las regulaciones finales provisionales pondría en serio peligro su vida o salud o pondría en peligro su capacidad para recuperar la máxima función, y ha presentado una solicitud de apelación interna acelerada.
 - Una determinación interna final de rechazo del beneficio, si tiene una afección médica para la cual el plazo para completar una revisión externa estándar pondría en grave peligro su vida o su salud o comprometería su capacidad para recuperar la máxima función, o si la determinación interna final de rechazo del beneficio se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estadía continuada o artículo o servicio de atención médica por el que recibió servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro.
- Inmediatamente después de recibir la solicitud de revisión externa acelerada, el administrador del Plan determinará si la solicitud cumple con los requisitos señalados anteriormente para una revisión externa estándar y le notificará su determinación de elegibilidad.
- Cuando el administrador del Plan determine que su solicitud es elegible para revisión externa, se asignará una IRO. El administrador del Plan proporcionará a la IRO todos los documentos e información necesarios que se hayan considerado para tomar la determinación de rechazo del beneficio o la determinación interna final de rechazo del beneficio por cualquier método expeditivo disponible.

- La IRO debe considerar la información o los documentos proporcionados y no está vinculada por la determinación previa del administrador del Plan. La IRO notificará la decisión final de revisión externa con la celeridad que requieran su afección médica o circunstancias, pero en ningún caso más de 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa acelerada. Si la notificación de la IRO no es por escrito, la IRO debe proporcionar confirmación por escrito de la decisión dentro de las 48 horas al reclamante y al Plan.

SUBROGACIÓN/REEMBOLSO

El Plan tiene un derecho de subrogación y reembolso de primera prioridad si proporciona beneficios derivados de una lesión, evento o afección (o relacionados con ellos) por la cual el Subrogatario tiene un derecho de reparación contra cualquier tercero. A efectos de esta sección de Subrogación y reembolso, “Subrogatario” significa el participante, empleado, dependiente, beneficiario, representante (incluido un fideicomisario en una acción por homicidio culposo), administrador de un patrimonio o cualquier otra persona que haga valer un reclamo relacionado con la lesión, reclamo, acción o evento en virtud de esta sección.

¿Qué significa derecho de subrogación y reembolso de primera prioridad? Significa que si el Plan paga beneficios que, de alguna manera, son compensados por un tercero, como una compañía de seguros, el Subrogatario acepta que cuando se obtenga una recuperación de ese tercero, el Plan será completamente reembolsado de esa recuperación por los beneficios que el Plan haya pagado anteriormente. Si el Subrogatario no está de acuerdo con las reglas de subrogación y reembolso del Plan, los beneficios no se pagarán.

Por ejemplo, el derecho de subrogación y reembolso puede aplicarse si un Subrogatario sufre lesiones en el trabajo, en un accidente de automóvil, en su domicilio o negocio, en un acto de agresión o de cualquier otra forma en la que un tercero tenga o pueda tener responsabilidad. Si se obtiene una recuperación de un tercero, como una compañía de seguros, se pagará primero al Plan y por la totalidad de los beneficios que pagó. El Subrogatario recibe el pago solo después de que se haya reembolsado completamente al Plan.

Los derechos de subrogación y reembolso se incorporan a este Plan en beneficio de cada Subrogatario en reconocimiento del hecho de que el valor de los beneficios proporcionados a cada empleado o dependiente se mantendrá y mejorará mediante la aplicación de estos derechos.

Reglas del Plan

Las siguientes reglas se aplican al derecho de subrogación y reembolso del Plan:

- Derechos de subrogación y reembolso a cambio de beneficios: A cambio de la recepción de beneficios del Plan, el Subrogatario acepta que el Plan tiene los derechos de subrogación y reembolso descritos en esta sección de Subrogación y reembolso. Además, el Subrogatario y su abogado firmarán un Acuerdo de subrogación con el Plan reconociendo los derechos de subrogación y reembolso del Plan antes del pago, o pago adicional, de los beneficios. Los beneficios no se pagarán si el Subrogatario o su abogado se niegan a firmar el Acuerdo de subrogación. Los derechos de subrogación y reembolso del Plan a los beneficios pagados antes de la notificación del Plan de un derecho de subrogación y reembolso no se ven afectados si el Subrogatario y (si está representado) su abogado se niegan a firmar el Acuerdo de subrogación. Si el Subrogatario o su abogado no firman el Acuerdo de subrogación requerido, el Plan tomará todas y cada una de las acciones necesarias para proteger sus derechos de subrogación y reembolso, incluyendo denegar el pago de beneficios, compensar cualquier beneficio futuro pagadero en virtud del Plan, recuperar cualquier beneficio pagado previamente, suspender o terminar la cobertura del Plan.
- Fideicomiso constructivo o derecho de retención equitativo del Plan: Los derechos de subrogación y reembolso del Plan le conceden al Plan un derecho de retención equitativo sobre los ingresos producto de cualquier recuperación obtenida por el Subrogatario de un tercero, ya sea por acuerdo, sentencia u otro medio y, en consideración por el pago de los beneficios, las personas mencionadas aceptan lo mismo. Cuando se obtiene una recuperación, el producto de la recuperación se mantiene en fideicomiso para el Plan. El Plan impone entonces un fideicomiso constructivo o derecho de retención equitativo sobre el producto de la recuperación y se le paga el total de sus derechos equitativos de subrogación y reembolso. Si el Subrogatario no mantiene el producto de la recuperación en fideicomiso o de cualquier otra manera perjudica o afecta negativamente los derechos de subrogación y reembolso del Plan, el Plan se reserva el derecho de, entre otros puntos, y a discreción de los fideicomisarios, buscar todos los recursos equitativos disponibles, buscar todos los recursos legales disponibles, compensar cualquier beneficio pagadero en virtud del Plan, recuperar cualquier beneficio pagado anteriormente, suspender todos los beneficios disponibles del Plan, denegar todos los reclamos relacionados con el incidente en el que se recibió una recuperación además de los reclamos no relacionados presentados por el Subrogatario, o terminar la cobertura del Subrogatario o los Subrogatarios.
- Deberes del Subrogatario en cuanto al fideicomiso constructivo o derecho de retención equitativo: El Subrogatario debe hacer todo lo posible para preservar el derecho de subrogación y reembolso del Plan. Esto incluirá, sin carácter taxativo, que el Subrogatario haga que se paguen al Plan los intereses de subrogación o

reembolso del Plan, aconseje a su asesor legal que separe los intereses de subrogación o reembolso del Plan para que se mantengan en la cuenta fiduciaria de dicho asesor legal hasta que los intereses del Plan se acuerden o se adjudiquen por completo, y no permita que se efectúe ningún otro desembolso de cualquier acuerdo o sentencia al Subrogatario, al abogado del Subrogatario o a cualquier otro tercero, antes del desembolso completo al Plan. Si el Subrogatario no hace todo lo posible para preservar el derecho de subrogación y reembolso del Plan, incluidas, entre otras, las acciones establecidas en el apartado (b) anterior, así como la totalidad de estas disposiciones de subrogación y los términos del Plan en su conjunto, la cobertura del Subrogatario en virtud el Plan terminará hasta el momento en que el Plan sea completamente compensado, incluido el reembolso de todos los intereses, honorarios de abogados y costos razonablemente incurridos. Solo después de que se haya compensado al Plan, el Subrogatario podrá solicitar el restablecimiento de su cobertura al Consejo de Administración del Plan.

- Se paga primero al Plan: Los montos recuperados o recuperables por el Subrogatario o en su nombre se pagarán primero al Plan, en la totalidad de sus derechos de subrogación y reembolso, y el saldo restante, si lo hubiera, al Subrogatario. El derecho de subrogación y reembolso del Plan tiene prioridad, incluso si el Subrogatario no recibe el pago de todos sus reclamos por daños y perjuicios. Si los derechos de subrogación y reembolso del Plan no son satisfechos por completo directamente por un tercero, el derecho de reembolso del Plan puede ser exigido en la totalidad de cualquier recuperación que el Subrogatario haya recibido o pueda tener derecho a recibir del tercero.
- Derecho a tomar medidas: El derecho de subrogación y reembolso del Plan es equitativo y se aplica a todas las categorías de beneficios pagados por el Plan. El Plan puede presentar una acción (incluso en nombre del Subrogatario) por incumplimiento de contrato, cumplimiento específico, mandato judicial o cualquier otra acción equitativa necesaria para proteger sus derechos en la causa de la acción, derecho de recuperación o recuperación por un Subrogatario. El Plan incoará cualquier acción que considere apropiada contra un Subrogatario, un abogado o cualquier tercero para proteger sus derechos de subrogación y reembolso. El derecho de subrogación y reembolso se aplica a los reclamos de dependientes elegibles cubiertos por el Plan, independientemente de si dicho dependiente está legalmente obligado por los gastos de tratamiento.
- Se aplica a todos los derechos de recuperación o causas de acción: Los derechos de subrogación y reembolso del Plan se aplican a todos y cada uno de los derechos de recuperación o causas de acción que el Subrogatario,

independientemente de si dicha persona o entidad tiene el derecho, legal o de otro tipo, de recuperar los gastos médicos pagados por el Plan, tenga o pueda tener contra cualquier tercero.

- No cesión: El Subrogatario no puede ceder ningún derecho o causa de acción que pueda tener contra un tercero para recuperar los gastos médicos sin el consentimiento expreso por escrito del Plan.
- Cooperación plena: El Subrogatario cooperará plenamente con el Plan y no hará nada que perjudique o afecte negativamente los derechos de subrogación y reembolso del Plan. Se denegarán los beneficios si el Subrogatario no coopera con el Plan. Esto incluye, entre otros puntos, responder a cualquier solicitud de información y actualizaciones del Plan.
- Notificación al Plan: El Subrogatario debe notificar inmediatamente al administrador del Plan, por escrito, de cualquier reclamo que se haga contra cualquier persona o entidad para pagar al Subrogatario por sus lesiones, enfermedad o muerte. Además, el Subrogatario debe actualizar periódicamente el Plan en relación con el reclamo y notificar al Plan de un acuerdo antes de llegar a un compromiso sobre sus reclamos. El Subrogatario debe notificar inmediatamente al administrador del Plan, por escrito, con el nombre, dirección y número de teléfono de su abogado en caso de que se presente un reclamo.
- Terceros: Los terceros incluyen, sin carácter taxativo, a todos los individuos, entidades, gobiernos federales, estatales o locales, y aseguradoras (entre otros, aseguradoras de responsabilidad civil, gastos médicos, pérdida de salario, compensación laboral, responsabilidad en instalaciones, automotores sin culpa, automovilistas sin seguro o con seguro insuficiente), que reembolsan, indemnizan o pagan por las pérdidas, daños, lesiones o reclamos de un Subrogatario relacionados de alguna manera con la lesión, evento, condiciones o circunstancias que llevaron al pago de los beneficios del Plan. Este derecho de subrogación y reembolso existe independientemente de si la póliza de seguro es propiedad del Subrogatario.
- El prorrateo, la culpa comparativa, la negligencia contributiva, las doctrinas de compensación (Make-Whole) y de fondo común (Common-Fund) no se aplican: Los derechos de subrogación y reembolso del Plan incluyen todas las partes de los reclamos del Subrogatario, independientemente de cualquier asignación o prorrateo que pretenda disponer de cualquier parte de los reclamos no sujetos a subrogación, incluidos, entre otros, cualquier prorrateo por dolor y sufrimiento, pérdida de salario, discapacidad parcial o total, o a un cónyuge por pérdida de consorcio. Los derechos de subrogación y reembolso del Plan no se ven afectados,

reducidos o eliminados por culpa comparativa, negligencia contributiva, las doctrinas de compensación y de fondo común o cualquier otra defensa equitativa.

- Honorarios de abogados: El Plan no será responsable de los honorarios o costos de abogados incurridos por el Subrogatario en cualquier procedimiento legal o reclamo de recuperación, a menos que antes de incurrir en dichos honorarios o costos, los fideicomisarios acuerden por escrito pagar la totalidad o parte de los honorarios o costos de abogados.
- Curso y alcance del empleo: Si el Plan ha pagado beneficios por cualquier lesión que surja del alcance del empleo y en su curso, el derecho de subrogación y reembolso del Plan se aplicará a todas las indemnizaciones o los acuerdos recibidos por el Subrogatario, independientemente de cómo se caracterice la indemnización o acuerdo, e independientemente de si el Plan ha intervenido en la acción. Si se pagan los honorarios del abogado del Subrogatario de la recuperación del Plan, el Subrogatario reembolsará al Plan por los honorarios del abogado.

DISPOSICIONES UNIFORMES SOBRE LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS (APLICABLES A LAS COBERTURAS DE ACCIDENTES Y SALUD)

La notificación por escrito de lesión o enfermedad en la que puede basarse el reclamo debe darse al Plan dentro de los noventa (90) días de la fecha en que se produce la primera pérdida o tan pronto como sea razonablemente posible. La notificación dada al Plan por el reclamante o en su nombre, con suficiente información para identificar al empleado cubierto, se considerará notificación al Plan.

El Plan, al recibir la notificación de un reclamo, le proporcionará todos los formularios necesarios para presentar el reclamo. Si dichos formularios no se proporcionan dentro de los quince (15) días después de que el Plan reciba dicha notificación, se considerará que usted ha cumplido con los requisitos del Plan, dentro del plazo fijado para la presentación de reclamos. La prueba de la pérdida incluye la documentación escrita del evento, el carácter y el alcance de la pérdida por la que se reclama.

El hecho de no presentar la prueba en el plazo requerido no invalidará ni reducirá ningún reclamo si no fuera razonablemente posible presentar la prueba en ese plazo, siempre que dicha prueba se presente tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad jurídica del reclamante, después de un año desde el momento en que se solicita la prueba.

Los beneficios pagaderos en virtud del Plan por una pérdida que no sea una pérdida continua se pagarán al recibir la prueba correspondiente. Al recibir la prueba, todos los reclamos por pérdidas continuas se pagarán cada dos semanas durante cualquier período del que sea responsable el Plan, y cualquier saldo pendiente de pago se abonará inmediatamente después de recibir la prueba correspondiente.

Si algún beneficio del Plan fuera pagadero a una persona que es menor de edad o que por algún motivo no es competente para dar una liberación válida, el Plan puede pagar dicha indemnización hasta una cantidad que no exceda los \$5000,00 a cualquier pariente por consanguinidad o matrimonio del empleado cubierto que los fideicomisarios consideren que tiene derecho a recibirla. Cualquier pago hecho por el Plan de buena fe y de conformidad con esta sección liberará completamente al Plan en la medida de dicho pago.

Beneficio semanal por accidente o enfermedad: El Plan, a través de su médico, tiene el derecho y la oportunidad de examinar al empleado cubierto, cuya lesión o enfermedad es la base del reclamo. Tal examen puede requerirse tantas veces como sea razonable durante la tramitación del reclamo.

No podrá tomarse ninguna acción legal o patrimonial para recuperar del Plan antes de la expiración de sesenta días después de que se haya presentado la prueba de pérdida de acuerdo con los requisitos del Plan. No podrá entablarse acción alguna a menos que transcurran tres años desde la expiración del plazo en que el Plan exige la prueba de la pérdida.

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UN RECLAMO MÉDICO

En el caso de que acuda al hospital, deberá solicitar al hospital que se ponga en contacto con el Plan en la dirección indicada en la tarjeta de identificación. El Plan verificará su registro de horas trabajadas y, si corresponde, certificará la elegibilidad. El Plan describirá los beneficios pagaderos.

Este Plan tiene una asignación automática de beneficios para todos los reclamos. Todos estos beneficios se pagarán directamente a los proveedores.

Cuando utilice los **Beneficios del Plan**, debe comunicarse con el Fondo para obtener un formulario de reclamo. Este formulario debe ser completado en su totalidad por usted y su médico y debe ser presentado con las facturas de atención médica al Plan lo antes posible. No es necesario enviar formularios de reclamo por la atención recibida a través de UnitedHealthcare.

SOLICITUDES DE BENEFICIOS Y APELACIONES

En esta sección se describen los procedimientos para presentar reclamos de beneficios del Fondo. También se describe el procedimiento que debe seguir si desea apelar una denegación de reclamo.

Cómo presentar un reclamo

Un “reclamo de beneficios” es su solicitud para que el Fondo pague beneficios en virtud del Plan. El Fondo no tiene ningún requisito de reclamo “anterior al servicio”. En consecuencia, si se comunica con el Fondo para preguntar si el Fondo pagará un reclamo que aún no se ha realizado, esto no constituye un reclamo de beneficios. El Fondo hará todo lo posible para atender su consulta, pero debe saber que el intento del Fondo de atender su consulta no se considera la decisión del Fondo sobre un reclamo de beneficios anterior al servicio.

Para presentar su reclamo de beneficios, debe enviar un formulario de reclamo completado. Puede obtener un formulario de reclamo del Fondo llamando al 952-854-0795 o al 1-800-535-6373. Si utiliza los servicios de un proveedor de la red, el proveedor presentará sus reclamos por usted. Además, debe comunicarse con el Fondo para solicitar información sobre cómo presentar el reclamo de un beneficio por fallecimiento.

Los siguientes procedimientos se aplican para que el Fondo tome una decisión respecto de su reclamo de beneficios:

- Obtenga un formulario de reclamo (un PPO u otro proveedor de la red puede presentar un reclamo por usted).
- Complete su parte del formulario de reclamo.
- Pida a su médico que complete la sección Declaración del médico tratante del formulario de reclamo, envíe un formulario de reclamo de seguro de salud de la Administración Financiera de la Atención Médica (Health Care Financing Administration, HCFA) o presente un reclamo electrónico conforme a la HIPAA.
- Adjunte todas las facturas detalladas del hospital o declaraciones del médico que describan los servicios prestados.

Para acelerar el procesamiento de su reclamo, revise el formulario de reclamo para asegurarse de que todas las partes aplicables del formulario estén completadas y que haya presentado todas las facturas detalladas. No proporcionar toda la información necesaria causará retraso en el pago de su reclamo. Envíe al Fondo todas las facturas o declaraciones de cualquier servicio médico u hospitalario cubierto por el Fondo tan pronto como los reciba.

Cuándo deben presentarse los reclamos

Ya sea usted o el proveedor de servicios médicos debe presentar su reclamo de beneficios dentro de los noventa

(90) días posteriores a la fecha en que reciba los servicios médicos. El Fondo reconoce que es posible que no pueda presentar el reclamo inmediatamente después de recibir el servicio. En consecuencia, un retraso menor no invalidará ni reducirá el reclamo, siempre que presente su reclamo de beneficios dentro de los doce (12) meses a partir de cuando recibió el servicio médico. Si presenta el reclamo de beneficios rápidamente, el Fondo podrá pronunciarse sobre su solicitud de beneficios con celeridad.

Dónde deben presentarse los reclamos

Su reclamo se considerará presentado en la fecha en que el Fondo lo reciba.

Todos los reclamos al Fondo deben presentarse en la siguiente dirección:

Greater Metropolitan Hotel Employers-Employees Health & Welfare Fund c/o Wilson-McShane Corporation
3001 Metro Drive #500
Minneapolis, Minnesota 55425

Plazo de pago de los reclamos

El Fondo pagará los reclamos médicos en virtud del Plan tan pronto como sea razonablemente posible después de recibirlos. Todos los reclamos acumulados por beneficios semanales por accidente o enfermedad (pérdida de tiempo) se pagarán al vencimiento de cada período de dos semanas, y cualquier saldo pendiente de pago al finalizar el período de responsabilidad se pagará inmediatamente después de recibir la prueba correspondiente por escrito.

Facilidad de pago de los reclamos

Los reclamos acumulados impagos al momento del fallecimiento del empleado podrán pagarse, a discreción del Consejo de Administración, al beneficiario del empleado o a la sucesión del empleado.

Si algún reclamo es pagadero a la sucesión del empleado o a un beneficiario que es menor de edad o que por algún motivo no es competente para dar una liberación válida, los fideicomisarios pueden pagar el reclamo hasta un monto que no exceda de \$5000,00 a cualquier pariente por consanguinidad o por vínculo matrimonial del empleado o beneficiario que los fideicomisarios consideren que tiene derecho equitativamente. Cualquier pago hecho por los fideicomisarios de buena fe de acuerdo con esta disposición liberará completamente a los fideicomisarios en la medida del pago.

Cualquier reclamo por servicios hospitalarios, de enfermería, médicos o quirúrgicos puede pagarse, a discreción del Consejo de Administración, directamente al hospital o a la persona que presta dichos servicios.

Exámenes físicos y autopsia

El Consejo de Administración, a sus expensas, tiene derecho a examinar a toda persona cuya lesión o enfermedad sea la base de un reclamo de beneficios. Esto también se aplica en situaciones en que es necesario hacer una autopsia que no esté prohibida por la ley.

Facultad discrecional del Consejo de Administración del Fondo

En el desempeño de las funciones encomendadas en el marco del Fondo, el Consejo de Administración, otros fiduciarios del Fondo y las personas en quienes se ha delegado la responsabilidad de la administración del Fondo tienen facultad discrecional para interpretar los términos del Documento del plan y de la presente Descripción resumida del plan, interpretar los hechos pertinentes para determinar el reclamo de beneficios y determinar la elegibilidad y el derecho a los beneficios. Toda interpretación o determinación hecha en virtud de esta facultad discrecional tiene pleno vigor y efecto, a menos que pueda demostrarse que la interpretación o determinación fue arbitraria y caprichosa.

Representantes autorizados

Un representante autorizado, como su cónyuge, puede completar el formulario de reclamo en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo, siempre que haya designado previamente a esa persona para que actúe en su nombre. Puede obtener un formulario del Fondo para designar a un representante autorizado. El Fondo puede solicitar información adicional para verificar que esta persona está autorizada para actuar en su nombre.

Asignación de beneficios

Usted no tiene derecho a anticipar, enajenar, vender, transferir, pignorar, ceder o gravar ningún interés en los beneficios a los que pueda tener derecho en virtud del Fondo. Sin embargo, el Consejo de Administración del Fondo puede aceptar la cesión de beneficios al proveedor de los servicios cubiertos. Ni usted ni su beneficiario pueden transferir o ceder pagos de beneficios por fallecimiento antes de recibirlos.

Determinación del Fondo respecto de su reclamo de beneficios

El Fondo le notificará su decisión sobre su reclamo médico dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción del reclamo por parte del Fondo. El Fondo podrá extender este plazo una sola vez por un máximo de quince (15) días si la prórroga es necesaria debido a asuntos fuera de su control. Si se necesita una prórroga, el Fondo debe notificarle antes del final del período inicial de treinta (30) días las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha en que el Fondo espera tomar su decisión.

Si se necesita una prórroga porque el Fondo necesita información adicional de usted, el aviso de prórroga indicará la información necesaria. En ese caso, dispondrá de cuarenta y cinco (45) días a partir de la recepción del aviso de prórroga para suministrar la información adicional. Si usted no proporciona la información dentro de los cuarenta y cinco (45) días, el Fondo denegará su reclamo. Durante el período en el que se le permita proporcionar información adicional, se suspenderá el período normal para tomar una decisión sobre el reclamo. El plazo se suspende desde la fecha del aviso de prórroga hasta cuarenta y cinco (45) días o hasta la fecha en que usted responda a la solicitud (lo que ocurra antes). Al recibir la información adicional, el Fondo tiene quince (15) días para tomar una decisión sobre el reclamo médico y notificarle su decisión.

Reclamos del beneficio semanal por accidente o enfermedad (pérdida de tiempo)

Para reclamos del beneficio semanal por accidente o enfermedad (pérdida de tiempo), el Fondo tomará una decisión sobre el reclamo y le notificará su decisión dentro de los cuarenta y cinco (45) días. Si el Fondo requiere una prórroga debido a asuntos fuera de su control, el Fondo le notificará el motivo del retraso y cuándo se tomará la decisión. Esta notificación se producirá antes del vencimiento del plazo de cuarenta y cinco (45) días. Se tomará una decisión dentro de los treinta (30) días siguientes al momento en que el Fondo le notifique el retraso. El plazo para tomar una decisión podrá retrasarse treinta (30) días adicionales, siempre que el Fondo le notifique, antes del vencimiento del primer (30) período de prórroga de treinta días, las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha a partir de la cual el Fondo espera tomar su decisión.

Si el Fondo necesita información adicional de usted, por lo que requiere una prórroga, el aviso de prórroga del Fondo especificará la información necesaria. En ese caso, dispondrá de cuarenta y cinco (45) días a partir de la recepción del aviso de prórroga para suministrar la información solicitada. Si no proporciona la información dentro de ese plazo, el Fondo denegará su reclamo. Durante el período en el que usted debe proporcionar la información solicitada, se suspenderá el período normal para que el Fondo tome una decisión sobre el reclamo. El plazo se suspende desde la fecha del aviso de prórroga hasta cuarenta y cinco (45) días o hasta la fecha en que usted responda a la solicitud (lo que ocurra antes). Una vez que responda a la solicitud de información adicional del Fondo, el Fondo le notificará su decisión sobre el reclamo dentro de los treinta (30) días.

Aviso de denegación de reclamo (determinación de rechazo del beneficio)

El Fondo debe notificarle la decisión inicial sobre su reclamo dentro de los plazos mencionados anteriormente después de recibir su formulario de reclamo. Si el Fondo deniega su

reclamo de beneficios, el Fondo deberá entregarle un aviso de determinación en el que conste la siguiente información:

- La razón o razones específicas para la denegación de los beneficios u otra determinación de rechazo del beneficio.
- Una referencia específica a las disposiciones pertinentes del Fondo en las que se basa la decisión.
- Una descripción de cualquier material o información adicional que se necesite para procesar su reclamo y una explicación de por qué se necesita la información.
- Una copia de los procedimientos de apelación del Fondo y los plazos para apelar su reclamo, además de una declaración de que puede presentar una demanda en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Trabajadores (Employment Retirement Income Security Act, ERISA) después de la revisión de su reclamo.
- Una copia de cualquier regla, directriz o protocolo interno o criterio similar en el que se haya basado, o una declaración de que puede solicitar una copia sin costo alguno.
- Una copia del dictamen científico o clínico, o una declaración de que puede solicitar una copia sin costo alguno, para los reclamos médicos y de pérdida de tiempo semanales que se deniegan debido a:
 - Necesidad médica.
 - Tratamiento experimental.
 - Exclusión o límite similar.

Si se deniega su reclamo de beneficios por incapacidad, el Plan le proporcionará una descripción del proceso de revisión aplicable a los reclamos por incapacidad y un análisis de la decisión, incluida una explicación, si corresponde, de la base para estar en desacuerdo o no seguir:

1. Las opiniones presentadas por sus profesionales de la salud o vocacionales.
2. Las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo por parte del Plan en relación con esta determinación de rechazo, independientemente de si la determinación del beneficio se basó en ese asesoramiento.
3. Su determinación de incapacidad por parte de la Administración del Seguro Social.

Además, se le proporcionarán las reglas, directrices, protocolos, estándares internos específicos u otros criterios similares en los que se basó el Plan para tomar la determinación de rechazo o, alternativamente, una declaración de que no existen dichas reglas, directrices, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan.

Durante el tiempo en que se esté considerando la apelación de la denegación de un reclamo de beneficios por incapacidad, el administrador del Plan le proporcionará, de forma gratuita, toda prueba o justificación nueva o adicional considerada, utilizada o generada por el Plan, la aseguradora u otra persona que tome la determinación del beneficio en relación con el reclamo, y se le dará una oportunidad razonable de responder antes de la fecha en que los fideicomisarios deben tomar una decisión sobre el reclamo apelado.

Su derecho a apelar la denegación de su reclamo por parte del Fondo

Usted tiene derecho a una revisión completa y justa de su reclamo de beneficios denegado en apelación. Debe presentar una apelación por escrito al Fondo dentro de los 180 días posteriores a la notificación de denegación. Puede enviar cualquier documento que considere apropiado, así como sus observaciones y comentarios por escrito sobre por qué cree que la denegación del reclamo fue incorrecta.

Proceso de apelación

El proceso de apelación funciona de la siguiente manera:

Usted tiene derecho a revisar los documentos pertinentes para su reclamo. Un documento, registro u otra información es pertinente si:

- El Fondo se basó en ello para la denegación.
- Se presentó, examinó o generó durante la denegación (independientemente de si se invocó).
- Demuestra el cumplimiento de los procesos administrativos del Fondo para garantizar una toma de decisiones coherente.
- Constituye una declaración de la política del Fondo con respecto al tratamiento o servicio denegado.

A su solicitud por escrito, el Fondo le proporcionará la identificación de los expertos médicos o profesionales, si los hubiera, que asesoraron al Fondo sobre su reclamo, independientemente de si el Fondo se basó en dicho asesoramiento para denegar su reclamo.

Una o varias personas diferentes, que no sean las que inicialmente denegaron su reclamo, revisarán su apelación. El revisor no tendrá en cuenta la determinación inicial de rechazo del beneficio. La decisión de apelación se tomará sobre la base del expediente, incluidos los documentos y comentarios adicionales que presente al Fondo durante la apelación.

Si su reclamo fue denegado sobre la base de un dictamen médico (como una determinación de que el tratamiento o servicio no era médicamente necesario, o de que era de investigación o experimental), el Fondo consultará con un profesional de la salud que tenga la capacitación y experiencia apropiadas en un campo pertinente de la medicina.

Plazos de notificación de la decisión respecto de la apelación

Normalmente, las decisiones sobre apelaciones relacionadas con reclamos médicos, reclamos del beneficio semanal por accidente o enfermedad (pérdida de tiempo) o reclamos de beneficios por fallecimiento se tomarán en la reunión ordinaria del Consejo de Administración siguiente a la recepción de su solicitud de revisión. Sin embargo, si su apelación se recibe dentro de los 30 días de la próxima reunión ordinaria programada, su apelación se considerará en la siguiente reunión ordinaria programada del Consejo de Administración. En circunstancias especiales, es posible que deba posponerse hasta la tercera reunión ordinaria programada después de recibir su apelación. El Fondo le notificará por adelantado si se necesita una prórroga. Una vez que el Fondo tome una decisión sobre su apelación, el Fondo le notificará la decisión lo antes posible, a más tardar cinco (5) días después de la fecha en que se tome la decisión.

Aviso de decisión sobre la revisión

El Fondo le notificará por escrito su decisión respecto de su apelación. Si el Fondo rechaza su apelación, el aviso de denegación de un reclamo en revisión indicará:

- Los motivos específicos de la determinación.
- Referencias a las disposiciones específicas del Fondo en las cuales se basa la determinación.
- Una declaración de que tiene derecho a recibir acceso razonable y copias de todos los documentos pertinentes para su reclamo, a pedido y de forma gratuita.
- Una declaración de su derecho a entablar una acción civil en el marco de la Sección 502(a) de la ERISA después de una determinación de rechazo del beneficio en revisión.

Si el Fondo se basó en una regla, directriz o protocolo interno, el Fondo le enviará de forma gratuita y a petición suya una copia de la regla, directriz o protocolo. Si la denegación se basó en necesidad médica, en que el tratamiento fue experimental o de investigación, o en otra exclusión similar, el Fondo le enviará una explicación por escrito del dictamen científico o clínico que sustentó la determinación, aplicando los términos del Fondo a su reclamo, o una declaración de que puede solicitar dicha información sin costo alguno.

Si su solicitud de beneficios por incapacidad es denegada en apelación, el Plan le proporcionará la base para estar en desacuerdo o no seguir:

- Las opiniones presentadas por sus profesionales de la salud o vocacionales.

- Las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo por parte del Plan en relación con esta determinación de rechazo, independientemente de si la determinación del beneficio se basó en ese asesoramiento.
- Su determinación de incapacidad por parte de la Administración del Seguro Social.

Además, se le proporcionarán las reglas, directrices, protocolos, estándares internos específicos u otros criterios similares en los que se basó el Plan para tomar la determinación de rechazo o, alternativamente, una declaración de que no existen dichas reglas, directrices, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan.

Acciones legales

No puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya apelado la determinación de rechazo del Fondo y hasta que el Fondo haya llegado a una decisión final sobre esa apelación en particular, o hasta que haya transcurrido el plazo apropiado descrito anteriormente desde que presentó una apelación y no haya recibido una decisión final o notificación de que se necesitará una prórroga para llegar a una decisión final. Cualquier demanda presentada tras la apelación de la denegación por parte del Fondo de su reclamo de beneficios se rige por la ley de prescripción aplicable.

PRIVACIDAD DE LOS DATOS MÉDICOS

Introducción

En virtud de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), el Plan está obligado por ley a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de su información de salud personal identificable e informarle sobre:

- Uso y divulgación de información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) por parte del Plan.
- Sus derechos de privacidad con respecto a su PHI.
- Los deberes del Plan con respecto a su PHI.
- Su derecho a presentar una queja ante el Plan y el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
- La persona u oficina de contacto para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan.

Uso y divulgación de la PHI por parte del Plan

El Plan utilizará la información de salud protegida (PHI) en la medida y de acuerdo con los usos y divulgaciones permitidos por las Regulaciones sobre la Privacidad de los Datos Médicos (“Regulaciones de Privacidad”) adoptadas en virtud de la HIPAA, incluso para fines relacionados con el *tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica*.

El Plan concertará acuerdos con otras entidades conocidas como “socios comerciales” para desempeñar algunas de estas funciones en nombre del Plan. A cada socio comercial se le permitirá usar y divulgar solo la cantidad mínima de PHI necesaria para realizar las funciones del socio comercial en nombre del Plan. Los acuerdos del Plan con sus socios comerciales también cumplirán con los demás requisitos de las Regulaciones de Privacidad.

Uso de la PHI para fines de tratamiento

El tratamiento incluye las actividades relacionadas con la prestación, coordinación o gestión de la atención médica y servicios conexos. También incluye pero no se limita a consultas y derivaciones entre uno o más de sus proveedores. Como plan de salud, el Plan generalmente no está involucrado en situaciones de tratamiento, pero en ocasiones puede dar acceso a la PHI para ayudar a los proveedores en su tratamiento.

Uso de la PHI para pago y operaciones de atención médica

El pago incluye las actividades del Plan para obtener primas, contribuciones, pagos por cuenta propia y otros pagos para determinar o cumplir con la responsabilidad del Plan en cuanto a la cobertura y la provisión de beneficios en el marco del Plan. También incluye la obtención o provisión de reembolsos por parte del Plan por la atención médica prestada. Estas actividades incluyen, entre otras, las siguientes:

- Determinación de la elegibilidad o cobertura del Plan.
- Resolución de los reclamos de beneficios (incluidas las apelaciones de reclamos y otras controversias sobre el pago de beneficios).
- Subrogación.
- Coordinación de beneficios.
- Establecimiento de pagos por cuenta de las personas cubiertas por el Plan.
- Actividades de facturación y cobro.
- Gestión de reclamos y procesamiento de datos relacionados con la atención médica, incluida la auditoría de pagos, la investigación y resolución de disputas de pago y la respuesta a las consultas sobre los pagos de las personas cubiertas.
- Obtención del pago en virtud de un coaseguro máximo (stop-loss) o reaseguro similar.
- Revisión de la viabilidad de los reclamos al Plan, incluyendo si son médicamente necesarios, razonables y consuetudinarios, o pagaderos de otra manera.
- Revisión de la cobertura del Plan, la adecuación de la atención o la justificación de los cargos.
- Revisión de la utilización, incluida la precertificación, la preautorización, la revisión simultánea y las revisiones retrospectivas.
- Divulgación a las agencias de informes del consumidor cierta información relacionada con la recaudación de contribuciones o reembolsos (los datos a los que puede darse acceso son nombre y dirección, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos, número de cuenta y nombre y dirección del proveedor o plan de salud).
- Reembolso al plan.

Las *operaciones de atención médica* pueden incluir cualquiera de las siguientes actividades. Si bien el Plan actualmente no utiliza la PHI ni da acceso a ella para todas estas actividades, puede hacerlo en el futuro para realizar operaciones de atención médica del Plan:

- Llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad, incluida la evaluación de los resultados y la elaboración de directrices clínicas, siempre que el conocimiento general no sea el objetivo principal de estos estudios; actividades basadas en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de la atención médica, la elaboración de protocolos, la gestión de casos y la coordinación de la atención, el contacto con los proveedores de atención médica y los pacientes con información sobre alternativas de tratamiento; y funciones conexas que no incluyen el tratamiento.
- Revisar la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud; evaluar el desempeño de los proveedores; actividades de acreditación, certificación, concesión de licencias o credenciales.
- Suscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la creación, renovación o sustitución de un contrato de seguro médico (o reaseguro) o beneficios de salud en virtud del Plan.
- Llevar a cabo u organizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos la detección de fraude y abuso y los programas de cumplimiento.
- Planificación y desarrollo, como la realización de análisis de gestión de costos y planificación relacionados con la gestión y operación del Plan (incluida la elaboración y administración de formularios, la elaboración o mejora de métodos de pago o políticas de cobertura).
- Actividades de gestión y administración general del Plan, incluidas, entre otras:
- Gestión de las actividades relacionadas con la implementación y el cumplimiento de las Regulaciones de Privacidad.
 - Resolución de apelaciones de reclamos y otros reclamos internos.
 - Fusión o consolidación del Plan con otro Plan, incluida la diligencia debida conexas.
 - Según lo permitido por las Regulaciones de Privacidad, creación de información de salud no identificada o un conjunto limitado de datos.

Otros usos y divulgaciones de la PHI

Las Regulaciones de Privacidad permiten otros usos y divulgaciones de su PHI. Entre ellos se incluyen, por ejemplo, la divulgación de PHI a los representantes personales de personas cubiertas fallecidas, la divulgación de PHI para actividades de salud pública, la divulgación de PHI para procedimientos judiciales y la divulgación de PHI para el cumplimiento de la ley y fines similares. Si el Plan da acceso a la PHI en cualquiera de estas otras situaciones permitidas, lo hará de acuerdo con los requisitos de las Regulaciones de Privacidad.

Las Regulaciones de Privacidad también permiten que el Plan dé acceso a la PHI si usted le otorga una autorización válida. Si el Plan recibe una autorización válida, revelará su PHI a la persona u organización que usted autorice a recibir la información. Esto puede incluir, por ejemplo, divulgar información a su cónyuge, al Plan de Pensión, a otros planes de jubilación, a un plan de vacaciones o a un plan similar para los fines relacionados con la administración de esos planes.

Acceso a la PHI otorgado al Consejo de Administración

El Plan divulgará la PHI al Consejo de Administración, que se considera el patrocinador del Plan según las Regulaciones de Privacidad. El Plan ha recibido un certificado del Consejo de Administración que acredita que los documentos del plan, incluida la Descripción resumida del plan, se han enmendado para incorporar las siguientes disposiciones.

El Consejo de Administración recibirá y usará la PHI solo para las funciones de administración del Plan que los fideicomisarios realicen para el Plan. Además, los fideicomisarios:

- No utilizarán ni divulgarán la PHI más allá de lo permitido o requerido por la Descripción resumida del plan, o según lo exija la ley.
- Garantizarán que todos los agentes (como los agentes de negocios sindicales o el personal de los fideicomisarios), incluidos los subcontratistas, a quienes el Consejo de Administración proporcione la PHI recibida del Plan, acepten las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Consejo de Administración con respecto a dicha PHI.
- No usarán ni divulgarán la PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo, a menos que lo autorice la persona que es el sujeto de la PHI.
- No usarán ni divulgarán la PHI en relación con cualquier otro plan de beneficios o beneficios para empleados del patrocinador del Plan, a menos que lo autorice la persona que es el sujeto de la información.
- Informarán al Plan acerca de todo uso o divulgación de la PHI que sea

incongruente con los usos o las divulgaciones permitidos de los que tengan conocimiento.

- Pondrán la PHI a disposición de una persona que sea sujeto de la información de acuerdo con los requisitos de las Regulaciones de Privacidad.
- Pondrán la PHI a disposición para su modificación e incorporarán cualquier enmienda a la PHI de acuerdo con los requisitos de las Regulaciones de Privacidad.
- Pondrán a disposición la PHI requerida para proporcionar un registro de divulgaciones.
- Pondrán a disposición de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos las prácticas internas, los libros y los registros relacionados con el uso y la divulgación de la PHI recibida del Plan con el fin de determinar el cumplimiento por parte del Plan de las Regulaciones de Privacidad.
- Si es factible, devolverán o destruirán toda la PHI recibida del Plan que los fideicomisarios mantengan en cualquier formato, y no conservarán copias de la PHI cuando ya no sea necesaria para el propósito para el cual se hizo la divulgación (o si la devolución o destrucción no es factible, limitarán los usos y divulgaciones posteriores a aquellos propósitos que hagan inviable la devolución o destrucción).

Acceso de los fideicomisarios a la PHI para funciones de administración del Plan

Como lo requieren las Regulaciones de Privacidad, el Plan dará acceso a la PHI solo a las siguientes personas:

1. El Consejo de Administración (incluidos los suplentes). El Plan dará acceso a la PHI a los fideicomisarios, y los fideicomisarios podrán usar la PHI, para fines de analizar y resolver apelaciones de reclamos; tomar otras determinaciones con respecto al pago de reclamos; ayudar a las personas cubiertas con problemas de elegibilidad y beneficios; diseñar beneficios del Plan; enmendar, modificar y finalizar el Plan; y gestionar cuestiones de administración del Plan.
2. Los agentes de los fideicomisarios, como los agentes de negocios sindicales, y el personal de los fideicomisarios, solo en la medida razonable para ayudar a los fideicomisarios a cumplir con sus deberes de acuerdo con los usos y divulgaciones de la PHI mencionados anteriormente.

Problemas de incumplimiento

Si las personas descritas anteriormente no cumplen con la presente Descripción resumida del plan, el Consejo de Administración proporcionará un mecanismo para resolver los problemas de incumplimiento, incluyendo sanciones disciplinarias.

Responsable de la privacidad y persona de contacto del Plan

Como lo requieren las Regulaciones de Privacidad, el Plan ha designado un responsable de la privacidad para supervisar el cumplimiento de las Regulaciones de Privacidad por parte del Plan. El Plan también ha designado una persona de contacto para ayudar a responder a sus preguntas sobre las Regulaciones de Privacidad y su PHI. También puede llamar a la persona de contacto si tiene alguna queja sobre el uso o la divulgación de su PHI. Si tiene alguna pregunta o queja relacionada con su PHI, comuníquese con el administrador del Plan y solicite hablar con la persona de contacto del Plan.

REGLAMENTO DE SEGURIDAD DE LA HIPAA

Introducción

El Plan tiene la obligación de preservar la seguridad de su información de salud. Este requisito se deriva de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Estas regulaciones se aplican en conjunto con las Regulaciones de Privacidad de Datos Médicos (“Regulaciones de Privacidad”), cuyas disposiciones se describieron anteriormente. Si bien el Plan siempre se ha ocupado de proteger su información de salud, estas regulaciones requieren que el Plan, junto con el administrador del Plan, tome algunas medidas adicionales, además de las requeridas por las Regulaciones de Privacidad, para mantener la seguridad electrónica, física y técnica de su información de salud protegida. A continuación se describen los pasos adicionales que el Plan ha tomado para asegurar su información de salud de acuerdo con el Reglamento de Seguridad de la HIPAA.

Políticas para proteger la PHI en formato electrónico

El Plan, en conjunto con el administrador del Plan, ha implementado salvaguardas administrativas, físicas y técnicas que protegen razonable y apropiadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de salud protegida (PHI) en formato electrónico (a excepción de la información de inscripción/baja y la información de salud resumida, que no están sujetas a estas regulaciones) que crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del Plan. Los fideicomisarios informarán al Plan de cualquier incidente de seguridad del que tengan conocimiento.

Socios comerciales

El Plan concertará acuerdos con otras entidades conocidas como “socios comerciales” para desempeñar funciones como parte de la administración del Plan. Los acuerdos del Plan con sus socios comerciales exigirán que se mantenga la seguridad electrónica, física y técnica de su PHI electrónica.

Acceso a la PHI en formato electrónico para funciones administrativas del plan

Como se indica en el artículo XXXI de la Descripción resumida del plan que cubre las Regulaciones de Privacidad, el Plan dará acceso a la PHI al Consejo de Administración. Cualquier divulgación de su PHI en forma electrónica por parte de los fideicomisarios está respaldada por medidas de seguridad razonables y apropiadas. Si cualquier fideicomisario incumple estas

disposiciones, el Consejo de Administración proporcionará un mecanismo para resolver los problemas de incumplimiento.

Consultas

El administrador del Plan es, en gran medida, responsable de mantener la seguridad de su PHI en formato electrónico. El administrador del Plan ha designado un responsable de la seguridad a los efectos del cumplimiento del Reglamento de Seguridad. Si tiene preguntas sobre la seguridad de su PHI en formato electrónico, puede comunicarse con el responsable de la seguridad por intermedio del administrador del Plan.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PLAN DE BIENESTAR

Esta sección complementaria contiene información requerida por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employment Retirement Income Security Act, ERISA) de 1974. Esta información se proporciona para ayudar a identificar este Plan de Bienestar y a las personas que participan en su funcionamiento, según lo requerido por la ERISA:

1. El Plan se conoce como Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana. Esta Descripción resumida del plan también sirve como documento oficial del plan.
2. Un Consejo de Administración es responsable del funcionamiento de este Fondo de bienestar. El Consejo de Administración tiene la responsabilidad de determinar las reglas de elegibilidad para la participación de los empleados cubiertos en el Plan de beneficios y de determinar los beneficios que se ofrecerán a los empleados cubiertos. El Consejo de Administración también es responsable de asegurar que la información relativa al Plan se informe a las agencias gubernamentales y se revele a los participantes y beneficiarios del Plan de conformidad con los requisitos de la ERISA.
3. El Consejo de Administración es el patrocinador y administrador del Plan del Fondo de salud y bienestar. Si desea ponerse en contacto con el Consejo de Administración, puede utilizar la dirección y el número de teléfono que figuran a continuación:

Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados
de hoteles de la Gran Área Metropolitana
c/o Wilson-McShane Corporation
3001 Metro Drive, Suite 500
Bloomington, Minnesota 55425

952-854-0795
800-535-6373

Al 1 de febrero de 2024 los fideicomisarios son:

**FIDEICOMISARIOS
SINDICALES**

Sr. Wade Luneburg
Union Local 17
444 United Labor Centre
312 Central Avenue SE
Minneapolis, MN 55414

Sra. Christa Sarrack
Union Local 17
444 United Labor Centre
312 Central Avenue SE
Minneapolis, MN 55414

Sr. Uriel Perez Espinoza
Union Local 17
444 United Labor Centre
312 Central Avenue SE
Minneapolis, MN 55414

**FIDEICOMISARIOS DEL
EMPLEADOR**

Sra. Lisa Zollars
Graves Hospitality
1934 Hennepin Ave. S., Suite 201
Minneapolis, MN 55403

Sr. Adam Welch
Hilton Minneapolis
1001 Marquette Ave.
Minneapolis, MN 55403

Sra. Elizabeth Sobolik
Loews Minneapolis Hotel
601 1st Avenue North
Minneapolis, MN 55403

4. Este Fondo de salud y bienestar se financia con fondos propios.
5. Este folleto describe los requisitos y la elegibilidad para la participación, los tipos de beneficios disponibles y las circunstancias que pueden causar la descalificación, inelegibilidad o denegación o pérdida de algún beneficio.
6. El Consejo de Administración mantiene todos los activos en fideicomiso.
7. De conformidad con los convenios colectivos vigentes con el sindicato, el Fondo de salud y bienestar recibe dinero de los empleadores contribuyentes por cada hora pagada a todas las personas incluidas en el convenio. Los términos del convenio colectivo también indican las fechas de entrada en vigor del convenio colectivo y especifican la tasa de contribución que el empleador contribuyente debe pagar al Fondo de bienestar. En el Sindicato y en el Plan pueden obtenerse copias del convenio colectivo.
8. El número de identificación del empleador asignado al Consejo de Administración por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) es 41-0737593. El número asignado al Plan por el Consejo de Administración en virtud de las

instrucciones del IRS es 501. El número de Departamento de Trabajo emitido al Consejo de Administración es WP-015851.

9. El año fiscal del Fondo, para el propósito de mantener registros y presentar diversos registros e informes gubernamentales, es el período anual comprendido entre el 1 de octubre y el 30 de septiembre.
10. El Agente para la notificación de procesos legales es:
Wilson McShane Corporation
3001 Metro Drive, Suite 500
Bloomington, MN 55425
11. El Consejo de Administración tiene la intención de continuar con el Plan de bienestar de forma indefinida. El Consejo de Administración se reserva el derecho de modificar el Plan en cualquier momento. Cualquier enmienda al Plan será vinculante para todos los empleados cubiertos por el Plan antes de la fecha efectiva de la enmienda, en esa fecha o posteriormente. El Consejo de Administración también se reserva el derecho de terminar el Plan de bienestar y el Fondo fiduciario de bienestar si todos los empleadores contribuyentes dejan de estar obligados mediante un acuerdo escrito a hacer las contribuciones necesarias. En este caso, los fondos del Fondo fiduciario se aplicarán a todas las obligaciones en materia de beneficios vigentes en la fecha de terminación del Plan y del Fondo fiduciario de bienestar. La terminación del Plan será vinculante para todos los empleados cubiertos que estaban cubiertos por el Plan antes de esta.
12. Cualquier saldo del Fondo fiduciario de bienestar que no pueda aplicarse de esa manera se destinará a otros usos que, a juicio del Consejo de Administración, sirvan mejor a las intenciones del Plan de bienestar. Después del desembolso de la totalidad del fideicomiso, el Fondo fiduciario terminará.

DECLARACIÓN DE DERECHOS EN VIRTUD DE LA ERISA

Como participante en el *Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana*, usted tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employment Retirement Income Security Act, ERISA) de 1974. La ERISA estipula que todos los participantes del Plan deberán tener derecho a lo siguiente:

Recibir información acerca de su plan y beneficios

Examine, sin costo, en la oficina del administrador del Plan y en otras ubicaciones especificadas, como lugares de trabajo y locales sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, lo cual incluye los contratos de seguro, los convenios colectivos de trabajo y una copia del informe anual más reciente (formulario de la serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU., y disponible en la Sala de información al público (Public Disclosure Room) de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

Reciba, mediante solicitud por escrito al administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, lo cual incluye contratos de seguro y convenios colectivos de trabajo, y copias del informe anual más reciente (formulario de la serie 5500) y de la Descripción resumida del plan actualizada. El administrador puede solicitar un costo razonable por las copias.

Reciba un resumen del informe financiero anual del Plan. El administrador del Plan tiene la obligación legal de entregar a cada participante una copia de este resumen del informe anual.

Acciones prudentes de los fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes en el Plan, la ERISA impone deberes a las personas que tienen la responsabilidad de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su Plan, denominados “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de hacerlo de manera prudente y en interés suyo y de los demás participantes y beneficiarios del plan. Nadie, lo cual incluye a su empleador, el sindicato u otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera con el fin de evitar que reciba un beneficio de jubilación o haga uso de sus derechos en virtud de la ERISA.

Ejercer sus derechos

Si se le deniega o ignora total o parcialmente el reclamo de un beneficio del Fondo de salud y bienestar, tiene el derecho de saber por qué ocurrió, de recibir copias sin costo de los documentos relacionados con la decisión y de apelar toda denegación, dentro de determinados plazos. En virtud de la ERISA, hay acciones que puede tomar para ejercer los derechos que se mencionaron anteriormente. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual del Plan y no los recibe dentro de los treinta (30) días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En ese caso, el tribunal puede exigir al administrador del Plan que proporcione los materiales y pagarle a usted hasta \$110,00 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado

por motivos fuera del control del administrador. Si se le deniega o ignora total o parcialmente el reclamo de beneficios, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan, o la falta de decisión, en relación con el estado de calificación de una orden de relaciones domésticas, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En el caso de que los fiduciarios del Plan hagan un mal uso del dinero del Plan, o si usted sufre una discriminación por ejercer sus derechos, puede pedir ayuda al Departamento de Trabajo de los EE. UU., o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos del tribunal y los honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar que la persona que usted denunció pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenar que usted pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si decide que el reclamo es irrelevante.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene preguntas acerca de su Plan, debe comunicarse con el administrador del Plan. Si tiene preguntas acerca de esta declaración o acerca de sus derechos en virtud de la ERISA, debe comunicarse con la oficina regional más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (anteriormente, Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar, Pension and Welfare Benefits Administration), del Departamento de Trabajo de los EE. UU., que figura en su directorio telefónico o a la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, del Departamento de Trabajo de los EE. UU.: Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede recibir determinadas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades en virtud de la ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER DOCUMENTOS ADICIONALES DEL PLAN

Si desea inspeccionar o recibir copias de documentos adicionales relacionados con este Plan, comuníquese con el Plan a la dirección o número de teléfono que aparece al frente de este folleto. Se le cobrará una tarifa razonable para cubrir el cargo de cualquier material que desee recibir.