

FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR



Descripción del Resumen (SPD por sus siglas en Inglés) del Plan y Documento del Plan para Carpinteros Activos con información sobre su plan Médico, Dental, Visión, de Vida, Incapacidad y del Plan General



HERRAMIENTAS DE SALUD PARA CARPINTEROS

CONSTRUYENDO UNA SALUD MEJOR
JANUARY 1, 2019

**Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud
y Bienestar**

**Descripción del Resumen del Plan/Documento
del Plan**

**Descripción de
Beneficios de Atención Médica, Beneficios por Incapacidad,
Seguro de Vida y Seguro de Fallecimiento Accidental y
Desmembramiento para Carpinteros Activos Elegibles
y sus Dependientes Elegibles**

Reformulado el 1 de enero del 2019

FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR

OFICINA ADMINISTRATIVA DEL FIDEICOMISO

Administración Corporativa de Carpinteros del Sudoeste
533 South Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706

www.carpenterssw.org

(213) 386-8590 o (800) 293-1370

El Plan en este documento está reformulado y **vigente a partir del 1 de enero del 2019**, con excepción de las disposiciones que indican específicamente otras fechas de entrada en vigencia, y este documento reemplaza a todas las demás descripciones del Resumen del Plan (SPD)/documentos del Plan que se le proporcionaron previamente a usted. Se han incorporado todos los cambios adoptados desde el último SPD del 1 de abril del 2016, incluidas todas las enmiendas al Plan hasta la modificación n.º 2018-3.



FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR

Oficina Administrativa (oficina central)
533 South Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706

Estimados Carpinteros Activos Participantes y Beneficiarios:

El Consejo Directivo (el “Consejo”) del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar (el “Fideicomiso”) es nombrado en igual número por el Consejo Regional de Carpinteros del Sudoeste (“SWRCC” o la “Unión”) y los Empleadores firmantes de acuerdos de negociación colectiva con afiliados del SWRCC. El Fideicomiso patrocina el Plan de Salud y Bienestar de los Carpinteros del Sudoeste para Carpinteros Activos (el “Plan”), reformulado ocasionalmente para proporcionar beneficios a los Carpinteros elegibles activos y sus beneficiarios elegibles en el sur de California, Nevada, Arizona, Utah, Nuevo México, Colorado, Wyoming y partes del oeste de Texas.

El Plan proporciona beneficios médicos y medicamentos recetados a usted y a sus Dependientes elegibles en forma de opciones de plan médico en las que puede inscribirse si cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan. Hay una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) asegurada, denominada Plan Médico HMO con deducibles de Kaiser, y un Plan Médico PPO de Anthem que es financiado directamente por el Fideicomiso y que utiliza una red de Organización de Proveedores Preferidos (PPO).

También se ofrecen opciones de planes dentales asegurados que incluyen un plan dental de compensación directa (DC) de atención administrada selecta, un Plan Dental de Organización de Proveedores Preferidos (DPPO) y un plan dental “solo dentro de la red” (INO).

Este folleto contiene una descripción de los beneficios del Plan Médico PPO de Anthem, así como los beneficios de bienestar adicionales. El Plan proporciona ciertos beneficios por incapacidad a largo plazo financiados directamente por el Fideicomiso, seguro de vida para empleados y Dependientes, seguro de fallecimiento accidental y desmembramiento para empleados, un plan de visión asegurado y otros beneficios de asistencia social como se describe en este folleto.

Este folleto también describe los beneficios y las reglas de elegibilidad del Plan para carpinteros activos en acuerdos colectivos del SWRCC y sus familias, vigentes al **1 de enero del 2019**. También describe los beneficios y las reglas de elegibilidad del Plan para determinados empleados de categoría especial, que empleadores han elegido el Plan, pero que no son integrantes de acuerdos colectivos del SWRCC. El Capítulo 3 describe cuándo usted es elegible para el Plan.

Los beneficios médicos, provistos por el Plan a través del Plan Médico HMO con deducibles asegurados de Kaiser, se resumen en un folleto por separado presentado por el Plan Médico HMO al momento de su inscripción. Las opciones del plan dental aseguradas, así como del plan de visión, se resumen en los capítulos de este documento con más información disponible directamente de las compañías de seguros dentales y de visión.

Si se ha inscrito en el Plan Médico HMO con deducibles de Kaiser y/o en una opción dental o en el plan de visión y no ha recibido un folleto de esa compañía de seguro médico, dental o de visión HMO, puede visitar el web para ver el folleto de beneficios o solicitar otro folleto a las compañías de seguros médicos, dentales o de visión HMO contactando, visitando su sitio web o por correspondencia escrita. Consulte la Tabla de referencia en la página de inicio este documento para obtener la información de contacto de estas compañías de seguros.

Las leyes estatales se aplican al plan médico HMO asegurado, a las opciones del plan dental, al plan de visión y a los beneficios del seguro de vida y AD&D, pero en general las leyes estatales no se aplican al Plan Médico PPO de Anthem autofinanciado ni a los beneficios de incapacidad a largo plazo financiados directamente por el Fideicomiso. Los capítulos 4, 5 y 6 contienen información completa sobre los servicios cubiertos por el Plan Médico PPO de Anthem.

Para maximizar el beneficio del Plan, le recomendamos que se familiarice con este folleto antes de que surja la necesidad.

El Consejo y los proveedores de atención médica administrada en virtud del Plan tienen derecho a modificar el Plan y/o las opciones de atención médica, incluso a modificar los beneficios, y usted recibirá notificación de los cambios a través de insertos a este folleto. Debe guardar los insertos que describen las modificaciones sustanciales junto con este folleto.

Si tiene preguntas acerca de esta Descripción del Resumen del Plan/Documento del Plan, o si necesita ayuda no proporcionada por los Administradores de Reclamaciones o los Proveedores de Atención Médica Administrada en virtud del Plan, póngase en contacto con la Oficina administrativa, donde el personal estará encantado de ayudarlo.

Este documento contiene una breve descripción sobre sus derechos de beneficios del Plan, en inglés. Si usted tiene dificultad en comprender alguna parte de este documento, comuníquese con la Oficina administrativa a la dirección y el teléfono que figuran en la Tabla de referencia de este documento.

Atentamente,

CONSEJO DIRECTIVO

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: TABLA DE REFERENCIA	1
CAPÍTULO 2: GENERALIDADES	7
Soporte de traducción de idiomas	8
Fuentes de Información Autorizadas	9
Descripción General de Elegibilidad	11
Descripción general de los beneficios médicos, dentales, de visión, LTD, seguros de vida y seguros de AD&D	12
Cómo ser un consumidor sensato	14
CAPÍTULO 3: ELEGIBILIDAD, INSCRIPCIÓN, CRÉDITOS DE HORAS POR INCAPACIDAD, LA COMPRA DE HORAS CORTAS, TERMINACIÓN Y COBERTURA COBRA	15
Quién Es Elegible	15
Banco de Reserva/Cuenta de Reserva	16
Reciprocidad	19
Carpinteros activos que quedan incapacitados	20
Disposición de pago particular (recompra de horas)	21
Elegibilidad para Empleados de Categoría Especial	22
Elegibilidad para Dependientes Elegibles	24
Opciones de Plan e Inscripción	27
Inscripción inicial	29
Rechazo (exclusión voluntaria) de cobertura	29
Órdenes Médicas Calificadas de Manutención Infantil (QMCSO)	31
Inscripción Especial según la HIPAA	32
Inscripción Abierta	33
Cuando Finaliza la Elegibilidad	37
Continuación de Cobertura COBRA	40
CAPÍTULO 4: PLAN MÉDICO ANTHEM PPO (INCLUIDA LA AUTORIZACIÓN PREVIA)	55
¿Cómo funciona el Plan Médico PPO de Anthem?	55
¿Qué es el costo compartido?	58
¿Qué es el deducible?	58
¿Qué es el coseguro?	59
¿Qué es un copago?	59
¿Cuál es el límite anual de gastos de bolsillo?	60
Límites Máximos de Beneficios del Plan	61
Autorización previa	61
Manejo de Casos Individuales	66

ÍNDICE

Avisos especiales	67
Información sobre los Planes de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para personas con Medicare	68
Cobertura de Ciertos Medicamentos Exigidos por la Ley de Atención de Salud Asequible (ACA)	69
Lo que está cubierto y descrito en el Programa de beneficios médicos	71
CAPÍTULO 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO	73
Deducible	73
Límite de Gastos de Bolsillo (Anual)	73
Servicios hospitalarios (hospitalización)	74
Servicios de médicos y otros profesionales de la salud	75
Servicios de Alergia	76
Servicios de Ambulancia para Emergencias Médicas	76
Servicios de Salud Conductual	77
Transfusiones de sangre	77
Quimioterapia	78
Circuncisión	78
Aparatos correctivos	78
Educación sobre diabetes	79
Diálisis	79
Servicios de dietista	80
Medicamentos (Medicamentos Ambulatorios)	80
Equipo Médico Duradero (DME)	82
Centro de Sala de Emergencias, Centro de Atención de Urgencia.	83
Planificación Familiar, Servicios de Fertilidad Anticonceptiva y Reproductiva	84
Pruebas Genéticas y Asesoramiento	85
Servicios de Audición	86
Atención Médica y Servicios de Terapia de Infusión a Domicilio	87
Hospicio	87
Servicios de Laboratorio (Ambulatorio)	87
Servicios de Maternidad	88
Suministros Médicos No Duraderos	89
Suplementos Nutricionales en Infusiones	90
Servicios Orales y Craneofaciales	90
Centro/Instalaciones de Cirugía Ambulatoria (Pacientes Externos)	91
Radiología (rayos X)	92

ÍNDICE

Servicios Reconstructivos y	93
Reconstrucción Mamaria Después de una Mastectomía	93
Servicios de rehabilitación: (Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	94
Centro de Enfermería Especializada (SNF) o Centro de Atención Subaguda	95
Beneficios para Dejar de Fumar/Cesación del Tabaquismo	95
Servicios de Manipulación Espinal	96
Trasplantes (órganos y tejidos)	97
Servicios de Control de Peso	98
Programa de bienestar (preventivo) Exámenes e Inmunizaciones para Niños Sanos	99
CAPÍTULO 6: EXCLUSIONES DEL PLAN MÉDICO PPO DE ANTHEM	102
Exclusiones generales	102
Exclusiones aplicables a servicios y suministros médicos específicos	106
CAPÍTULO 7: OPCIONES DE PLAN DENTAL	116
Opciones de Planes Dentales	116
Red Dental	117
Gastos Dentales Elegibles	117
Costo Compartido por Servicios Dentales Cubiertos	118
Beneficios Anuales Máximos del Plan Dental (cuando corresponda)	118
Beneficios Generales Máximos de por Vida del Plan para los Servicios de Ortodoncia	118
Programa de Beneficios Dentales	119
Lo que no está cubierto (está excluido) según las opciones del plan dental	120
Cómo Presentar una Reclamación por beneficios cubiertos por los Planes Dentales de UnitedHealthcare	120
CAPÍTULO 8: PLAN DE LA VISIÓN	122
¿Cuál es el beneficio del plan de la visión?	122
Programa de Beneficios de Visión	123
Cómo usar el beneficio del plan de visión (a través de UnitedHealthcare)	124
¿Qué no está cubierto (está excluido) en el plan de visión?	125
Cómo Presentar una Reclamación de Beneficios cubiertos por el Plan de Visión de UnitedHealthcare	125
CAPÍTULO 9: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB) Y RECUPERACIÓN DE TERCEROS	127
Coordinación de Beneficios (COB)	127
Orden de Determinación de Beneficios	129
Medicare y Beneficios del Plan	130
Subrogación y Reembolso	132
Factores que Podrían Afectar la Recepción de los Beneficios	135

ÍNDICE

CAPÍTULO 10: BENEFICIOS MENSUALES POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)	137
Términos especiales aplicables a este beneficio LTD	137
¿Quién es elegible para los beneficios LTD?	137
¿Qué es el beneficio LTD?	138
¿Cuándo comienzan los beneficios de LTD?	139
¿Cuándo terminan los beneficios de LTD?	139
Comparación de los beneficios LTD de la Pensión por Jubilación anticipada con LTD suplementario	140
Algunas preguntas y respuestas a considerar sobre los beneficios de LTD	141
Cómo Presentar una Solicitud (una Reclamación) para Beneficios de LTD/Prueba de Discapacidad	142
CAPÍTULO 11: RESUMEN DEL SEGURO DE VIDA DEL EMPLEADO	145
¿Cuáles son los beneficios del seguro de vida?	145
Su Beneficiario Para los Beneficios del Seguro De Vida	145
Cómo Continuar con su Seguro de Vida Si Pierde la Elegibilidad (opción de conversión)	146
Cómo Presentar una Reclamación del Seguro de Vida del Empleado	147
CAPÍTULO 12: RESUMEN DEL SEGURO DE VIDA DEL DEPENDIENTE	148
¿Cuáles son los beneficios del seguro de vida para Dependientes?	148
Su Beneficiario Para los Beneficios del Seguro De Vida para Dependientes	149
Cómo Pueden Sus Dependientes Continuar con el Seguro De Vida Si Pierden la Elegibilidad (Opción de Conversión)	149
Cómo Presentar una Reclamación para los Beneficios del Seguro de Vida Para Dependientes	149
CAPÍTULO 13: RESUMEN DE BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D) DEL EMPLEADO	150
¿Cuáles son los beneficios de AD&D?	150
Programa de beneficios de AD&D	150
Su Beneficiario Para los Beneficios de AD&D	151
Exclusiones de AD&D: Lo que no está cubierto	152
Cómo Presentar una Reclamación de Beneficios por Fallecimiento Accidental y Desmembramiento del Empleado	152
CAPÍTULO 14: DISPOSICIONES GENERALES Y AVISOS DEL PLAN	153
Privacidad de la Información Médica	153
Sus Derechos Conforme a ERISA	157
Información Sobre las Disposiciones Generales del Plan	158
Información del Plan	161
CAPÍTULO 15: PRESENTACIÓN Y APELACIONES DE RECLAMACIONES	165

ÍNDICE

Cómo presentar una reclamación de beneficios bajo el Plan Médico PPO de Anthem	165
Procedimientos de revisión de reclamaciones	167
Definiciones Clave Relacionadas Con los Procedimientos de Reclamaciones	168
Cómo Presentar una Reclamación	174
Apelación de Reclamación por el Plan Médico PPO de Anthem y por Problemas de Elegibilidad	181
Revisión Externa Voluntaria de una Reclamación Denegada	186
Resumen de presentación de reclamaciones y plazos de apelación de reclamaciones	191
Disposiciones legales importantes	193
CAPÍTULO 16: GLOSARIO DE TÉRMINOS	196

Capítulo 1: TABLA DE REFERENCIA

Este capítulo incluye información sobre:

- **Empresas y personas que pueden ayudarlo a comprender los beneficios del Plan, procesar sus reclamaciones y responder preguntas. La tabla de referencia incluye el nombre del contacto junto con los números de teléfono y sitios web de contacto.**

TABLA DE REFERENCIA	
Información necesaria	A quien contactar
<p>OFICINA ADMINISTRATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas acerca de elegibilidad o información general • Reemplazo de tarjetas de identificación • Portal MemberXG: de esta forma usted y sus Dependientes pueden acceder a información de beneficios personalizada las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de un portal seguro utilizando su computadora, tableta o teléfono inteligente. Puede consultar temas como: elegibilidad, horas de trabajo, pagos de vacaciones, créditos de pensión, su designación de beneficiarios para seguro de vida, etc. • Preguntas sobre beneficios del Seguro de Vida o de Fallecimiento Accidental y Desmembramiento • Formulario de Designación de beneficiarios para el seguro de vida (disponible en el sitio web del Fideicomiso) • Preguntas sobre el programa de Crédito por Horas de Incapacidad • Preguntas sobre los Beneficios por Incapacidades a Largo Plazo (LTD) • Preguntas sobre la compra de horas cortas (pago particular por falta de horas de trabajo) • Administrador de COBRA: preguntas sobre COBRA, pagos de tarifas de COBRA y administración de COBRA • Aviso de Privacidad de HIPAA, Funcionarios de Privacidad y Seguridad • Aviso de Cobertura Acreditado de Medicare Parte D y otros avisos requeridos 	<p>Administración Corporativa de Carpinteros del Sudoeste (CSAC)</p> <p>(213) 386-8590 o número gratuito (800) 293-1370 (de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Pacífico)</p> <p>Dirección: 533 South Fremont Avenue Los Angeles, CA 90071-1706</p> <p>Llame o visite el sitio web del Fideicomiso: www.carpenterssw.org</p> <p>Para registrarse en Member XG o iniciar sesión en el portal Member XG, visite bit.ly/MemberXG-CSAC</p>

TABLA DE REFERENCIA	
Información necesaria	A quien contactar
<ul style="list-style-type: none"> Resumen de Beneficios y Documentos de Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) 	
PLAN MÉDICO PPO DE ANTHEM Para obtener más información sobre el Plan Médico PPO de Anthem, consulte los capítulos 4, 5 y 6.	
PLAN MÉDICO PPO DE ANTHEM: RED, ADMINISTRACIÓN DE RECLAMACIONES Y SERVICIOS PARA AFILIADOS <ul style="list-style-type: none"> Directorio de Proveedores de Atención Médica (sin cargo) Altas/bajas de Proveedores de la Red. Consulte siempre la red antes de asistir a una cita con un proveedor para asegurarse de que su contrato esté vigente y recibir el precio con descuento. Los proveedores dentro de la red de Anthem incluyen: <ul style="list-style-type: none"> la “Red PPO de Comprador Prudente” de California, reúne proveedores participantes y contratados junto con ciertas instalaciones de los Centros de Excelencia y los Centros de Atención Especializada Blue Distinction (hospitales y centros de atención médica que proporcionan atención de alta calidad para ciertos procedimientos). la red BCBS de Anthem en Colorado el programa BlueCard para acceder a proveedores participantes en otras áreas geográficas de los EE. UU. Asistencia de Servicios al Afiliado: para responder preguntas sobre beneficios médicos, reclamaciones y apelaciones, reemplazo de tarjetas de identificación, coordinación de beneficios, etc. Línea de Enfermería las 24/7: Si usted o su dependiente se enferman o se lastiman y el consultorio de su médico está cerrado, puede llamar a la Línea de Enfermería de Anthem las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Nuestras enfermeras registradas están listas para ayudarlo con sus problemas de salud por teléfono. Si necesita un intérprete, la Línea de Enfermería 24/7 puede ayudarlo en un idioma que usted entienda. Programa Future Mom's (Futura mamá): un programa de Anthem que ayuda a las futuras madres a tener embarazos más saludables y bebés a término. A través de intervenciones individualizadas de enfermería, las futuras mamás afiliadas aprenden sobre la atención prenatal, la prevención del trabajo de parto prematuro y la mejor manera de seguir el plan de atención del médico. 	Anthem <p>Para obtener información de Servicios para Afiliados, Línea de Enfermería 24/7 y preguntas sobre cualquiera de los programas de Anthem, llame al número que figura en su tarjeta de identificación o al (833) 224-6930.</p> <p>Para localizar un proveedor preferido en la Red de Comprador Prudente de Anthem (sin costo para usted) llame al (833) 224-6930, o oprima en “Encontrar un médico” en el sitio web www.anthem.com/ca</p> <p>Dirección de reclamaciones del Plan Médico PPO de Anthem: Plan Comprador Prudente de Anthem Blue Cross P.O. Box 60007 Los Angeles, CA 90060-0007</p> <p>El Programa BlueCard permite a un afiliado en los EE. UU., que se encuentra fuera de California, acceder a los servicios de un proveedor participante contratado por los licenciatarios de Blue Cross y/o Blue Shield de otros estados. Si se encuentra fuera de California, llame al número gratuito de acceso a proveedores de BlueCard que se encuentra en su tarjeta de identificación.</p> <p>Reclamaciones desde un país extranjero: si obtuvo atención médica fuera de los EE. UU. que puede ser reembolsada por el Plan Médico PPO de Anthem, el Centro de Servicio Global BlueCross BlueShield Core procesará esa reclamación. Los formularios de reclamación y la información están disponibles en su sitio web en www.bcbsglobalcore.com o llamando sin cargo al 800-810-2583.</p> <p>Visite la tienda de aplicaciones o Google Play y descargue la aplicación “Anthem BC</p>

TABLA DE REFERENCIA	
Información necesaria	A quien contactar
<ul style="list-style-type: none"> ● Guía de Salud de Anthem: proporciona asistencia para encontrar un médico dentro de la red, coordinar la atención, comprender qué está cubierto, etc. 	<p>Anywhere [Anthem BC en todas partes] para encontrar un médico, verificar sus reclamaciones, ver la herramienta de estimación de costos, acceder a la Línea de Enfermería 24/7 o consultas en video y más.</p>
<p>PLAN MÉDICO PPO DE ANTHEM: CONSULTA DE TELESALUD</p> <p>Los participantes del Plan Médico PPO de Anthem PPO cuentan con una consulta en línea con un profesional de la salud a través de video chat en vivo, llamada LiveHealth Online, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana por \$5.00 por consulta (el deducible no se aplica).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Es una atención conveniente y asequible, ya sea que tenga un resfriado, se sienta ansioso o necesite ayuda para administrar sus medicamentos, los médicos y los profesionales de la salud mental están listos para ayudarlo a sentirse mejor. ● Con LiveHealth Online puede realizar un video consulta con un médico, psiquiatra o terapeuta certificado por el Consejo mediante su teléfono móvil, tableta o computadora desde su hogar o desde cualquier lugar. ● Este Plan proporciona beneficios para servicios cubiertos a través de la telemedicina. La teleconsulta es una consulta entre un paciente y un proveedor. Una consulta de telemedicina es muy útil pero limitada en la medida en que sea necesario realizar un examen personal integral. ● La “telemedicina” es un medio para proporcionar servicios de atención médica utilizando tecnologías de información y comunicación en la consulta, diagnóstico, tratamiento, educación y gestión de la atención médica del paciente cuando se encuentra a cierta distancia del proveedor de atención médica. ● La telemedicina no incluye consultas entre el paciente y el proveedor de atención médica, o entre proveedores de atención médica, por teléfono, fax o correo electrónico. 	<p>LiveHealth Online (888) 548-3432</p> <p>Para utilizar este servicio de visitas electrónicas debe registrarse en línea (registro gratuito) en www.livehealthonline.com. Además, puede consultar las Preguntas Frecuentes en este sitio web para obtener más información.</p> <p>Descargue la aplicación móvil de forma gratuita para su teléfono móvil o tableta, desde iTunes Apple.com o Google Play en play.google.com/store (busque Mobile Health Consumer) o visite mobilehealthconsumer.com, seleccione el botón User (usuario) en la esquina superior derecha y luego seleccione Register Now (regístrese ahora).</p> <p>Para obtener la mejor experiencia al usar la aplicación LiveHealth Online en su dispositivo Android o iOS, se recomienda utilizar una conexión wifi.</p> <p>La dirección de correo electrónico para atención al cliente es customersupport@livehealthonline.com o puede comunicarse sin cargo al (888) 548-3432.</p>

TABLA DE REFERENCIA	
Información necesaria	A quien contactar
<p>PLAN MÉDICO PPO DE ANTHEM: PROGRAMA DE AUTORIZACIONES PREVIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> (Nota: una admisión de emergencia no requiere autorización. Simplemente notifique a Anthem dentro de las 24 horas después de su admisión o lo antes posible en un período de tiempo razonable). 	<p>Para obtener una autorización previa llame a AIM Specialty Health al número gratuito 1-877-291-0360.</p> <p>Para obtener la autorización previa de medicamentos de especialidad, no obtenidos a través de Accredo Specialty Pharmacy, el médico debe comunicarse al 1-800-987-4904 o enviar una receta por fax al 1-800-391-9707. Los afiliados pueden llamar al 1-800-803-2523.</p> <p>Envíe su solicitud de autorización previa a: Anthem Blue Cross/Departamento de Autorizaciones Previas 2000 Corporate Center Drive CANPA-000 Newbury Park, CA 91320</p>
<p>PLAN MÉDICO PPO DE ANTHEM: MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Preguntas sobre venta minorista, pedidos por correo y medicamentos de especialidad con receta Medicamentos de especialidad Autorización previa de ciertos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios Información sobre el formulario de medicamentos preferidos, terapia escalonada y límites de cantidad Reembolso Directo al Afiliado (DMR) 	<p>Express Scripts Inc (ESI) (El Administrador de Beneficios de Farmacia del Plan - PBM) Número gratuito (800) 987-7836 Llame o visite el sitio web de ESI: www.express-scripts.com/</p> <p>Puede administrar sus recetas en línea, pedir rellenos, obtener consejos sobre cómo ahorrar dinero, verificar el estado de la orden, transferir recetas de venta minorista a pedidos por correo, verificar las interacciones de medicamentos, etc., utilizando la aplicación Express Scripts disponible en App Store o Google Play.</p> <p>Para todas las autorizaciones previas de medicamentos, los médicos pueden comunicarse al 1-800-753-2851.</p> <p>Si tiene preguntas sobre medicamentos de especialidad, llame a Accredo Specialty Pharmacy al 1-800-803-2523.</p>

TABLA DE REFERENCIA	
Información necesaria	A quien contactar
COBERTURA DE LA VISIÓN (asegurado). Para obtener más información sobre este Plan de visión, consulte el Capítulo 8 o comuníquese con UHC.	
<ul style="list-style-type: none"> • Plan de la Visión (Seguro Oftalmológico) 	UnitedHealthcare (UHC) Visión (800) 638-3120 Para localizar proveedores de atención de la visión dentro de la red visite www.myuhcvision.com o llame al (800) 839-3242.
OPCIONES DEL PLAN MÉDICO HMO (asegurado). Para obtener más información sobre los planes HMO consulte los folletos de Kaiser, comuníquese con Kaiser o visite el sitio web del Fideicomiso en: https://carpenterssw.org/media/2293/2019-kaiser-evidence-of-coverage.pdf	
<ul style="list-style-type: none"> • Plan médico HMO con deducibles de Kaiser: California Incluye medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de Kaiser. • Tarjetas de identificación 	Número gratuito (800) 464-4000 Visite el sitio web: www.kp.org
<ul style="list-style-type: none"> • Plan Médico HMO con deducibles de Kaiser: Colorado Incluye medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de Kaiser. • Tarjetas de identificación 	Número gratuito (800) 639-8657 Denver/Boulder 1-303-338-3800 Región montañosa 1-844-837-6884 Región Sur de CO 1-888-681-7878 Región Norte de CO 1-844-201-5824 Visite el sitio web: www.kp.org/

TABLA DE REFERENCIA	
Información necesaria	A quien contactar
COBERTURA DENTAL (asegurada). Para obtener más información sobre estos planes dentales consulte el Capítulo 7, lea los folletos del Plan Dental de UHC o comuníquese con UHC.	
<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Organización de Proveedores Preferidos Dentales (DPPO) (un plan dental asegurado con proveedores dentro y fuera de la red, disponibles en todos los estados) • Tarjetas de identificación 	<p>UnitedHealthcare (UHC) Teléfono: (800) 445-9090 Sitio web para localizar proveedores dentro de la red: www.welcometouhc.com/csac y buscar en la red CSAC PPO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Seleccione el Plan Dental de Compensación Directa (DC) de Atención Administrada (un plan dental asegurado) • Tarjetas de identificación 	<p>UnitedHealthcare (UHC) Teléfono: (800) 445-9090 Sitio web para localizar proveedores dentro de la red: www.welcometouhc.com/csac Para residentes de California, busque la red CSAC CA DC. Para residentes de Nevada, busque la red CSAC NV DC</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Plan Dental Solo Dentro de la Red (INO) (un plan dental de copago asegurado solo con proveedores dentro de la red) • Tarjetas de identificación 	<p>UnitedHealthcare (UHC) Teléfono: (800) 445-9090 Sitio web para localizar proveedores dentro de la red: www.welcometouhc.com/csac buscar en la red CSAC INO.</p>
SEGURO DE VIDA, COBERTURA POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D) (asegurado). Para obtener más información sobre los seguros de vida y AD&D consulte los capítulos 11, 12 y 13 o comuníquese con MetLife.	
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de Vida para Empleados y Dependientes • Seguro de Fallecimiento Accidental y Desmembramiento (AD&D) Solo Para Empleados 	<p>MetLife (también conocida como Metropolitan Life Insurance Company) El número de teléfono y la dirección de contacto son: Administración Corporativa de Carpinteros del Sudoeste (CSAC) 533 South Fremont Avenue Los Angeles, CA 90071-1706</p> <p>(213) 386-8590 o número gratuito (800) 293-1370</p> <p>Para completar un formulario para designar a un beneficiario del seguro de vida, visite este sitio web: http://carpenterssw.org/media/1006/beneficiary-form-new.pdf</p>

Capítulo 2: GENERALIDADES

Este capítulo incluye información sobre:

- El valor del documento del Plan/SPD
- Recordatorios útiles
- Resumen de elegibilidad para el Plan
- Opciones de beneficios en virtud del Plan
- Cómo presentar una reclamación

Esta Descripción del Resumen del Plan (SPD)/Documento del Plan describe los beneficios médicos, dentales, de la visión, incapacidad a largo plazo, seguro de vida y fallecimiento accidental y desmembramiento del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar (el “Fideicomiso”).

El Plan descrito en este documento entra en **vigencia el 1 de enero del 2019** y reemplaza todos los demás documentos del Plan de salud y bienestar, descripciones del resumen del Plan y enmiendas aplicables a los documentos proporcionados previamente a los participantes del Plan.

- Para determinar si pertenece al grupo de personas que son elegibles para los beneficios de este Plan, consulte el capítulo de Elegibilidad en este documento. La cobertura para Dependientes elegibles estará condicionada a que usted proporcione pruebas satisfactorias del estado de dependiente en virtud del Plan.
- Tenga en cuenta que su elegibilidad o derecho a beneficios en virtud de este Plan no debe interpretarse como una garantía de empleo. La recepción de este documento no garantiza la elegibilidad respecto de los beneficios del Plan.
- Ninguna persona tendrá derechos acumulados o irrevocables respecto de los beneficios de este Plan. Un derecho irrevocable hace referencia a un beneficio que una persona ha obtenido el derecho a recibir y que no puede extinguirse. Los beneficios del Plan no son irrevocables ni están garantizados.

Este documento lo ayudará a comprender y usar los beneficios conferidos por el Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar. Deberá revisarlo y compartirlo con los miembros de su familia que están o estarán cubiertos por el Plan. Este documento ofrece a todos una comprensión de las coberturas proporcionadas, los procedimientos a seguir para presentar reclamaciones y sus responsabilidades para proporcionar la información necesaria al Plan. Asegúrese de leer los capítulos de Exclusiones y Glosario.

Si bien se reconocen los muchos beneficios asociados con este Plan, también es importante tener en cuenta que no todos los gastos en los que incurra para la atención médica están cubiertos por este Plan.

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura o sus obligaciones en virtud de los términos del Plan, asegúrese de solicitar ayuda o información. En este capítulo aparece una tabla de referencia, con fuentes de ayuda o información sobre el Plan.

Este Plan está establecido y sujeto a la ley federal, la Ley de Seguridad del Ingreso de los Empleados Jubilados de 1974, con sus enmiendas, comúnmente conocida como ERISA.

- El Plan Médico PPO de Anthem y los beneficios por incapacidad a largo plazo del Plan se autofinancian con contribuciones del Fideicomiso, los Empleadores elegibles y los participantes de pago particular depositados en un Fideicomiso que se utiliza para pagar los beneficios del Plan. Los Administradores Independientes de Reclamaciones (los nombres figuran en la tabla de referencia de este documento) pagan los beneficios a partir de los activos del Fideicomiso.
- El plan médico HMO, los planes dentales, el plan de visión, y los beneficios del seguro de vida y cobertura por fallecimiento accidental y desmembramiento del Plan están totalmente asegurados con compañías de seguros, los nombres figuran en la tabla de referencia de este documento.

El Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar se compromete a mantener la cobertura de atención médica para los empleados y sus familias a un costo asequible. Sin embargo, debido a que las condiciones futuras no pueden predecirse, el Consejo Directivo se reserva el derecho de enmendar o finalizar las coberturas en cualquier momento y por cualquier motivo. A medida que se modifique el Plan ocasionalmente, se le enviará información que explique los cambios. Si tales notificaciones posteriores describen un beneficio o procedimiento que es diferente de lo que se describe aquí, debe basarse en la información posterior.

Asegúrese de guardar este documento, junto con los avisos de cualquier cambio en el Plan, en un lugar seguro y conveniente donde usted y su familia puedan encontrarlos y consultarlos.

Para obtener una descripción más completa de los requisitos de elegibilidad y los beneficios del Plan Médico PPO de Anthem y los beneficios por incapacidad a largo plazo, consulte los capítulos de este folleto que se mencionan en el Índice anterior.

Si está inscrito en un plan médico HMO asegurado, un plan de visión, una opción de plan dental o un seguro de vida, consulte los folletos de beneficios presentados por el plan médico de HMO, el plan de visión, la opción de plan dental o la compañía de seguros de vida para obtener detalles sobre su plan. Este documento solo puede proporcionar un breve resumen sobre los beneficios asegurados, por lo que debe basarse en los documentos oficiales disponibles de la compañía de seguros correspondiente.

AVISO: Ciertos términos utilizados en este documento tienen un significado preciso (por ejemplo, “médicamente necesario”, “emergencia” o “experimental”). Para asegurarse de que comprende el significado de ciertos términos utilizados en este documento, consulte el capítulo del Glosario de este folleto.

Soporte de Traducción de Idiomas

Si no entiende inglés, comuníquese con la Oficina administrativa para averiguar si hay asistencia disponible. Consulte la tabla de referencia para obtener información de contacto.

- **ESPAÑOL (Spanish):** Para obtener asistencia en español, llame al (213) 386-8590 o sin cargo (800) 293-1370.
- **TAGALO (Tagalog):** Kung kailangan niyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa (213) 386-8590 o sin cargo (800) 293-1370.
- **CHINO (中文):** 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 (213) 386-8590 o sin cargo (800) 293-1370.
- **NAVAJO (Dine):** Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 213 386-8590 o sin cargo (800) 293-1370.

Preguntas que pueda tener

Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad o los beneficios que usted o su familia son elegibles para recibir, comuníquese con la Oficina administrativa, al número de teléfono y dirección que se encuentra en la tabla de referencia de este documento.

Como cortesía para usted, el personal de la Oficina administrativa y otros proveedores subcontratados por el Fideicomiso para ayudar en las tareas de administración del Plan, pueden responder informalmente a preguntas orales. Sin embargo, las comunicaciones orales no son vinculantes para el Plan y no puede basarse en ellas para ninguna disputa relacionada con sus beneficios. El método más confiable es poner las preguntas por escrito y enviarlas por fax o correo a la Oficina administrativa y obtener una respuesta por escrito de la Oficina administrativa.

En caso de cualquier discrepancia entre la información que reciba de la Oficina administrativa, verbalmente o por escrito, y los términos de este documento, los términos de este documento regirán su derecho a beneficios, si corresponde.

Para Ayuda o Información

Cuando necesite información, consulte primero este documento. Si necesita más ayuda, llame a las personas que figuran en la tabla de referencia en el Capítulo 1.

Fuentes de Información Autorizadas

Las únicas fuentes autorizadas de información sobre el Plan son:

- Esta Descripción del Resumen del Plan/Documento del Plan (también denominado “este folleto”), el Plan médico de la HMO u otros documentos de la compañía de seguros, y/o adjuntos posteriores del folleto (si corresponde);
- El Contrato de Fideicomiso;
- El servicio administrativo o los acuerdos de seguro entre el Fideicomiso y el Plan Médico HMO, las Opciones del plan dental, el Plan de la visión, el Seguro de vida y otros proveedores de cobertura de atención administrada, beneficios de salud y bienestar, vigentes en los momentos correspondientes;
- Declaraciones escritas emitidas por la Oficina administrativa o el Administrador de Reclamaciones en nombre del Plan en papel con membrete de la Administración Corporativa de Carpinteros del Sudoeste o con membrete de Anthem Blue Cross; y
- Las declaraciones escritas de representantes debidamente autorizados del Plan médico HMO asegurado, opciones de planes dentales, plan de la visión, seguro de vida u otros proveedores de beneficios de atención médica administrada, beneficios de salud y bienestar que celebren contratos con el Fideicomiso en los momentos que correspondan (pero solo con respecto a los beneficios provistos por tales proveedores).

Las manifestaciones o declaraciones hechas en los documentos, por entidades o personas distintas de las descritas anteriormente (incluidos la Unión o entidades del Empleador), no son fuentes de información autorizadas y no se debe basar en ellas. Si no puede encontrar la información sobre el Plan que necesita, comuníquese con la Oficina administrativa para obtener información fiable sobre el Plan.

Podrá revisar una copia del Contrato de Fideicomiso y del Documento del Plan en la Oficina administrativa, en la dirección arriba indicada durante las horas normales de trabajo, o en la oficina de su local de la Unión durante las horas normales de trabajo. Puede obtener una copia del Contrato de Fideicomiso y/o el SPD/Documento del Plan, por un costo de copia razonable,

solicitándola por escrito a la Oficina administrativa, cuya información de contacto se encuentra en la tabla de referencia en el inicio de este documento.

Presentación de reclamaciones

La información sobre cómo presentar reclamaciones puede resumirse al final de un Capítulo que describe los beneficios individuales. Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación y qué hacer si no está de acuerdo con una decisión tomada sobre su reclamación (cómo apelar), consulte el Capítulo sobre “Presentación de Reclamaciones y Apelaciones de Reclamaciones”.

AVISO IMPORTANTE

Usted o sus Dependientes deben informar inmediatamente a la oficina administrativa sobre cualquier cambio de nombre, dirección, matrimonio, divorcio o separación legal, fallecimiento de cualquier miembro de la familia cubierto, nacimiento o cualquier cambio en el estado de un hijo dependiente, inscripción o cancelación de la inscripción de Medicare, una persona que ha dejado de cumplir con las disposiciones de elegibilidad del plan, o la existencia de otra cobertura. Ciertos cambios requerirán la presentación de documentación legal como prueba.

Notifique al Plan sobre cualquiera de estos cambios dentro de los 31 días. Tenga en cuenta que no se aplicará la oportunidad de elegir COBRA para ciertos cambios, como el divorcio o un niño que alcanza la edad límite, que no fueron notificados al Plan dentro de los 60 días de ese cambio.

El incumplimiento de la obligación de entregar al Plan (Oficina administrativa) una notificación oportuna de los eventos antes mencionados podrá:

- a. hacer que usted, su cónyuge y/o niño(s) Dependientes pierdan el derecho a obtener la continuidad de la cobertura mediante COBRA,
- b. hacer que la cobertura de un hijo dependiente termine cuando en caso contrario podría continuar debido a una incapacidad,
- c. provocar reclamaciones al no poder ser considerados para el pago hasta que los temas de elegibilidad se hayan resuelto,
- d. como consecuencia, es su responsabilidad hacer la devolución al Plan de los beneficios que se paguen a una persona no elegible. El Plan también tiene derecho a compensar las cantidades pagadas contra los beneficios de salud futuros del participante.

Descripción General de Elegibilidad

Descripción General de Elegibilidad Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las disposiciones de elegibilidad.	
Tipo de Participante	Requisito de Elegibilidad
Carpintero Activo	<p>Enviar los formularios de debidamente completados antes de su vencimiento y haber trabajado e informado (o deducido de su banco de reserva) 360 horas en el trimestre laboral (del 1 de enero al 31 de marzo, del 1 de abril al 30 de junio, del 1 de julio al 30 de septiembre o del 1 de octubre al 31 de diciembre) finalizado inmediatamente antes del trimestre de elegibilidad (del 1 de febrero al 30 de abril, del 1 de mayo al 31 de julio, del 1 de agosto al 31 de octubre y del 1 de noviembre al 31 de enero) durante el cual usted será elegible para los beneficios del Plan.</p> <p>Regla especial para los que son elegibles por primera vez: la cantidad de horas trabajadas requeridas para la elegibilidad inicial de los participantes, que nunca han estado cubiertos en virtud del Plan, será de 300 horas en un trimestre laboral. Una vez que se haya establecido la elegibilidad inicial, el requisito de horas trabajadas se revertirá a las 360 horas habituales para cualquier trimestre de elegibilidad subsiguiente.</p>
Empleado Fuera de la Negociación de Acuerdo	<p>Enviar los formularios de inscripción debidamente completados antes de la fecha de vencimiento y ser miembro de un grupo empleado por un Empleador relacionado con el Consejo Regional de Carpinteros del Sudoeste (SWRCC) que sea elegible para el Plan y haga contribuciones al Plan en su nombre. En la mayoría de los casos, usted iniciará la participación en el Plan el primer día del primer mes calendario después de 30 días consecutivos de empleo a tiempo completo en el grupo.</p>
Dependientes	<p>Deben figurar en los formularios de inscripción y la documentación de la prueba de dependencia debe presentarse a su vencimiento (incluso previa solicitud). Los Dependientes generalmente son elegibles durante el período en que el participante con quien están relacionados es elegible. Pueden aplicarse reglas especiales a los Dependientes de participantes fuera de la negociación de acuerdo. Su dependiente recientemente adquirido debe estar adecuadamente inscrito dentro de los 31 días siguientes a la fecha de adquisición del dependiente con el fin de ser elegible para los beneficios del Plan.</p>

Descripción General de los Beneficios Médicos, Dentales, de Visión, LTD, Seguros de Vida y Seguros de AD&D

Descripción general de incapacidad médica, dental, de visión, a largo plazo (LTD), Seguro de vida y beneficios de seguro AD&D	
Beneficio	Descripción
<p>Opciones de Planes Médicos (los Dependientes elegibles se pueden inscribir solo para la opción de beneficios que cubre al carpintero activo o al empleado de categoría especial)</p>	<p>Los empleados elegibles pueden seleccionar un plan médico (que incluye beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios), según el estado en el que viven:</p> <p>En California y Colorado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Médico PPO de Anthem (a través de la red Anthem) • Plan Médico HMO con deducibles de Kaiser <p>En Arizona, Nevada, Nuevo México, Utah, Texas, Wyoming y todos los demás estados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Médico PPO de Anthem (a través de la red Anthem) <p>Consulte los Capítulos 4, 5 y 6 para obtener más información sobre los beneficios del Plan Médico PPO de Anthem.</p>
<p>Opciones de Planes Dentales</p>	<p>Los empleados elegibles pueden seleccionar un plan dental, según el estado en el que viven:</p> <p>En California y Nevada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Dental de Compensación Directa de Atención Administrada Selecta (DC) de UnitedHealthcare • Plan de Organización de Mantenimiento de Proveedores Preferidos Dentales (DPPO) de UnitedHealthcare <p>En Nuevo México y Texas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Organización de Mantenimiento de Proveedores Preferidos Dentales (DPPO) de UnitedHealthcare <p>En Arizona, Colorado, Utah, Wyoming y todos los demás estados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Dental de UnitedHealthcare solo dentro de la red (INO) • Plan de Organización de Mantenimiento de Proveedores Preferidos Dentales (DPPO) de UnitedHealthcare <p>Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre los beneficios del plan dental.</p>
<p>Plan de Visión</p>	<p>La cobertura de visión es proporcionada por UnitedHealthcare Visión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la red: \$10 de copago por examen de la visión, \$20 de copago por materiales de la visión. • Fuera de la Red: Se le puede reembolsar hasta las asignaciones programadas. • Exámenes y lentes disponibles una vez cada 12 meses y marco disponible una vez cada 24 meses. • Lentes de contacto en lugar de monturas y lentes (copago de \$ 20) disponibles una vez cada 12 meses. <p>Consulte el Capítulo 8 para obtener más información sobre los beneficios del plan de la visión.</p>

Descripción general de incapacidad médica, dental, de visión, a largo plazo (LTD), Seguro de vida y beneficios de seguro AD&D	
Beneficio	Descripción
Beneficio de crédito por horas de incapacidad	Efectivo para incapacidades que ocurran a partir del 1 de enero del 2019. Si un carpintero activo queda incapacitado en un trimestre de trabajo, el carpintero activo será acreditado en ese trimestre de trabajo y el trimestre de trabajo inmediatamente después, con ocho (8) horas de incapacidad por cada día que el carpintero activo está incapacitado (excepto sábados, domingos y días festivos). Estas disposiciones se explican con más detalle en el Capítulo 3.
Beneficio mensual por incapacidad a largo plazo (LTD)	<p>Para empleados con incapacidad total que cumplen los requisitos específicos de elegibilidad.</p> <p>Proporciona un beneficio mensual a una persona elegible durante la incapacidad hasta, lo que ocurra primero entre, la edad normal de jubilación o el comienzo de una pensión en virtud del Plan de Pensión para Carpinteros del Sudoeste, que se calcula sobre la base de adquisición de derecho de créditos de pensión jubilatoria conforme al Plan de Pensión y que varía en función de su estado civil y otros factores.</p> <p>Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre los beneficios de LTD.</p>
Opción de recompra de horas	La disposición de pago particular (recompra de horas) le permite a un empleado hacer un pago al Fideicomiso por la diferencia en su saldo bancario por hora y un cuarto de elegibilidad. El pago particular le permitirá al empleado mantener la elegibilidad para este trimestre adicional (cuando ese empleado hubiera de otra forma perdido la elegibilidad). Estas disposiciones se explican con más detalle en el capítulo 3.
El seguro de vida sobre la vida de:	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado: cobertura de \$20,000. • Cónyuge: cobertura de \$3,000. • Hijos: cobertura de \$3,000 cada uno. <p>Consulte los capítulos 11 y 12 para obtener más información sobre los beneficios del seguro de vida.</p>
Seguro de Fallecimiento Accidental y Desmembramiento (AD&D) (solo empleados)	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de hasta \$20,000 para el empleado, dependiendo del tipo de pérdida. <p>Consulte el Capítulo 13 para obtener más información sobre los beneficios del seguro AD&D.</p>

Cómo ser un Consumidor Sensato

¿CÓMO PUEDO SER UN CONSUMIDOR SENSATO DE ATENCIÓN MÉDICA Y OBTENER EL MAYOR VALOR DE MI PLAN MÉDICO PPO DE ANTHEM?

- ✓ **Use los proveedores de la red (PPO).** Cobran menos y usted paga menos. Además, los proveedores de la red PPO le proporciona atención preventiva gratuita. Consulte la Tabla de referencia en la página de inicio de este documento para obtener información de contacto.
- ✓ **Elija medicamentos genéricos cuando sea posible. Se requiere el uso del servicio de pedidos por correo para los medicamentos de mantenimiento después de dos rellenos en una farmacia minorista.**

Pregúntele a su médico o dentista si un medicamento genérico es apropiado para usted. Pagará menos por medicamentos genéricos que por medicamentos de marca en la mayoría de las situaciones.

El nombre genérico de un medicamento es simplemente su nombre químico. Una marca es un nombre comercial bajo el cual se publicita el medicamento. En general, se suministrará un medicamento genérico si está disponible, al menos de que usted, el médico o el dentista que lo receta indique que no se realice una sustitución. En tal caso, su costo será el copago de la marca más la diferencia de costo entre el medicamento efectivamente suministrado y su equivalente genérico.

Recibir su medicamento a través del Servicio de pedidos por correo es una forma rentable de obtener un suministro de medicamentos durante 90 días. Después de dos reposiciones de medicamentos de mantenimiento en una farmacia minorista, debe usar el servicio de pedidos por correo.
- ✓ **¿Tiene una condición de salud crónica como diabetes, asma, artritis, enfermedad cardíaca, colesterol alto, etc.?** Una de las mejores cosas que puede hacer para esa condición es tomar el medicamento recomendado por su médico. **Haga el cumplimiento de los medicamentos su hábito para llevar una vida más saludable.** Anthem ofrece una línea de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana, el programa Future Mom's (futura mamá), la guía de salud de Anthem y más. Para obtener la información de contacto de Anthem, consulte la Tabla de referencia en la página de inicio de este documento.
- ✓ **Manténgase al día con su atención preventiva/de bienestar** para ayudar a identificar cualquier factor de riesgo para la salud (como presión arterial alta, azúcar alta en sangre, aumento de peso por encima del rango recomendado). Obtenga consejos de su proveedor sobre cómo reducir sus riesgos para la salud y manténgase al día con las vacunas recomendadas y las pruebas de detección del cáncer.
- ✓ **¿No se siente bien?** Llame al consultorio de su médico de la red para obtener ayuda. O use el servicio de consulta virtual de Telemedicina (información de contacto en la Tabla de referencia), o vaya a un centro de atención de urgencia de la red en lugar de una sala de emergencias (ER), si es médicamente apropiado.
- ✓ **Autorizar previamente** ciertos servicios del Plan Médico PPO de Anthem y ciertos medicamentos para pacientes ambulatorios para ayudar a evitar una sanción financiera, como se explica en el Capítulo 4.
- ✓ **Revise sus facturas de atención médica.** Si algo en una factura simplemente no se ve bien, comuníquese con el Administrador de reclamaciones del plan médico, dental o de la visión si cree que puede haber un error.

Estos consejos lo ayudarán a aprovechar al máximo los beneficios del Plan Médico PPO de Anthem.

Para recursos adicionales visite: www.carpenterssw.org .

Capítulo 3: ELEGIBILIDAD, INSCRIPCIÓN, CRÉDITOS DE HORAS POR INCAPACIDAD, LA COMPRA DE HORAS CORTAS, TERMINACIÓN Y COBERTURA COBRA

Este capítulo incluye información sobre:

- Elegibilidad, incluyendo la disposición de recompra de horas
- Inscripción: inscripción inicial, inscripción especial, inscripción abierta
- Cobertura durante una ausencia médica o por motivos familiares (FMLA)
- Continuidad de la Cobertura durante una Licencia Militar (USERRA)
- Cuando termina la elegibilidad
- Continuación de Cobertura COBRA

Las reglas de elegibilidad descritas en este folleto se aplican a todos los beneficios provistos bajo el Plan para los empleados y sus Dependientes, incluidos el Plan Médico HMO con deducibles de Kaiser y el Plan Médico PPO de Anthem, las opciones del Plan dental y el Plan de la visión.

Mientras sea un empleado que sea elegible para la cobertura del Plan, entonces usted y sus Dependientes estarán automáticamente cubiertos por el plan médico y el plan de visión (y el empleado también puede elegir un plan dental). El empleado también estará cubierto por el beneficio del seguro de vida y el beneficio por fallecimiento accidental y desmembramiento. La elegibilidad para el beneficio por incapacidad a largo plazo se explica en el Capítulo 10.

Quién Es Elegible

IMPORTANTE: Si está estableciendo la **elegibilidad inicial**, debe enviar los formularios de inscripción completados junto con la documentación sobre sus Dependientes a la Oficina administrativa **en un plazo de 31 días**. De lo contrario, la fecha de entrada en vigencia de su cobertura de atención médica se retrasará hasta el primer día del mes en que la Oficina administrativa reciba los formularios completados y la documentación.

Personas Elegibles

Las reglas a continuación explican cuándo los carpinteros activos, los empleados de categoría especial y sus Dependientes son elegibles para recibir los beneficios del Plan. Durante el período en que una persona es elegible para recibir los beneficios del Plan (que por lo general se mide en **trimestres de elegibilidad**), esa persona es una “persona elegible”, es decir, un participante o beneficiario del Plan. Usted tiene derechos en virtud del Plan solo con respecto a los momentos en los que es una persona elegible y, por lo tanto, es importante saber cuándo usted y sus Dependientes son personas elegibles. Este tema se hace referencia frecuentemente como “elegibilidad” cuando habla con la Oficina administrativa.

Un carpintero activo será una persona elegible desde el primer día de un trimestre de elegibilidad y lo seguirá siendo hasta el último día del trimestre de elegibilidad, siempre que el estado de persona elegible no sea terminado y, cada vez que:

- a. las horas trabajadas por el carpintero activo durante el trimestre de trabajo hayan terminado inmediatamente antes del comienzo del trimestre de elegibilidad, y
- b. la cantidad de horas trabajadas en la cuenta de reserva del carpintero activo desde el último día del trimestre de trabajo sea igual o superior a 360 para cualquier trimestre de elegibilidad. Sin embargo, “300” se sustituirá por “360” en el caso del primer trimestre de elegibilidad inicial del participante.

Elegibilidad de Carpinteros Activos

Para establecer la elegibilidad y convertirse en una persona elegible durante un trimestre de elegibilidad, debe trabajar para Empleadores contribuyentes al menos **360 horas** en el **trimestre laboral** inmediatamente anterior, de la siguiente manera:

TRIMESTRE LABORAL	TRIMESTRE DE ELEGIBILIDAD
Si trabaja 360 horas durante los meses de:	Tiene cobertura durante los siguientes meses:
enero, febrero, marzo.	mayo, junio, julio.
abril, mayo, junio.	agosto, septiembre, octubre.
julio, agosto, septiembre.	noviembre, diciembre, enero.
octubre, noviembre, diciembre.	febrero, marzo, abril.

Regla Especial para los que Participan por Primera Vez

La cantidad de horas trabajadas que se requiere para la **elegibilidad inicial** de los participantes que nunca han estado cubiertos en el Plan Activo será de **300 horas** en un trimestre laboral. Una vez que se haya establecido la elegibilidad inicial, el requisito de horas trabajadas se revertirá a las **360 horas habituales para cualquier trimestre de elegibilidad subsiguiente**.

Nota Importante sobre Fechas vigentes para Carpinteros Activos de la Cobertura Retroactiva

Las fechas efectivas de la cobertura retroactiva solo se concederán si una determinación de elegibilidad por parte de la Oficina administrativa se retrasa debido a una **demora en el reporte de horas**, incluidas las horas de reciprocidad. En esas circunstancias, la cobertura podrá ser **retroactiva por un máximo de 90 días siempre que el carpintero activo presente los formularios de inscripción completados requeridos** a la Oficina administrativa dentro de un plazo de **31 días**. Es importante que envíe los formularios de inscripción y la documentación necesarios a su debido tiempo para evitar una brecha en su cobertura de salud.

Banco de Reserva/Cuenta de Reserva (aplicable solo a Carpinteros Activos)

Cuenta de Reserva significa la cuenta establecida de un carpintero activo para acumular horas trabajadas en un trimestre de trabajo en exceso del mínimo requerido para la elegibilidad. Si trabaja más de **360 horas** durante un trimestre laboral (o más de 300 horas para los participantes principiantes que califiquen según la Regla Especial descrita anteriormente), el **exceso de horas se acreditará en una cuenta de reserva** (a veces llamada un “banco”) establecida para usted, hasta un **máximo de cuenta de reserva de 720 horas**.

Será elegible durante un trimestre de elegibilidad siempre que las horas trabajadas por usted (si es aplicable) en el trimestre laboral inmediato anterior al trimestre de elegibilidad, más las horas de su cuenta de reserva, son al menos **360 horas**. Su cuenta de reserva debe ser aplicada de esta manera y se reduce por las horas utilizadas para cumplir con el requisito de 360 horas.

Hay ciertas condiciones que darán lugar a la **cancelación de todas las horas acreditadas en su cuenta de reserva**. Todas las horas de la cuenta de reserva **se cancelarán**:

- a. A partir del último día del segundo trimestre de elegibilidad consecutivo durante el cual usted no fue, en los trimestres de elegibilidad, elegible para la cobertura del Plan.
- b. De inmediato, si usted conscientemente realiza un trabajo del tipo que está cubierto por un acuerdo de negociación colectiva, fuera de la cobertura de un acuerdo de negociación colectiva, con el conocimiento de que el trabajo cubierto por un acuerdo de negociación colectiva está disponible.
- c. De inmediato, si usted conscientemente permite a un Empleador contribuyente que informe a la Oficina administrativa una cantidad menor o mayor de horas trabajadas por usted, o cuando el reporte de horas es requerido por el acuerdo de negociación colectiva aplicable.

Si sus horas de trabajo se dividen entre el trabajo para Empleadores contribuyentes en virtud de este Fideicomiso y el trabajo para Empleadores contribuyentes de otros Fideicomisos, consulte la sección “Reciprocidad” más abajo.

Ciertos Acuerdos de Negociación Colectiva (CBA) requieren contribuciones al Plan después de que un empleado haya alcanzado un nivel específico en el CBA. A partir del 1 de julio del 2018, las ofertas de elegibilidad y beneficios de este Plan **se aplicarán en el primer trimestre de elegibilidad después de las contribuciones del Empleador a este Plan**, sujeto a la aprobación del Consejo Directivo o de su Delegado. Cualquier saldo bancario de reserva se contará para la elegibilidad y las ofertas de beneficios de este Plan.

Ciertos acuerdos permiten a estas personas seleccionar el Plan Bronce. La oportunidad de elegir el Plan Bronce solo está disponible durante el período de Inscripción Abierta. (El Plan Bronce no se describe en este documento. Comuníquese con la Oficina administrativa para obtener información sobre el Plan Bronce).

Suplemento de una vez para Cuentas de Reserva

Una cuenta de reserva de carpintero activo se **incrementará en hasta 200 horas** trabajadas bajo las siguientes condiciones:

- a. El carpintero activo está realizando un trabajo para un Empleador contribuyente bajo un acuerdo de negociación colectiva que especifica un máximo. De treinta y cinco (35) horas o menos por semana en las horas informadas por las que se deben contribuciones.
- b. Las horas adicionales se acreditarán con la primera hora trabajada según el acuerdo de negociación colectiva a partir del 1 de noviembre del 2018.
- c. Las horas adicionales no harán que el total de horas en la cuenta de reserva del carpintero activo exceda la cantidad máxima de horas trabajadas requeridas para la elegibilidad respecto de dos trimestres de elegibilidad.
- d. Esta disposición termina a partir de 31 de octubre del 2019, a menos que el Consejo Directivo apruebe una extensión o renovación de la misma. Esta disposición está sujeta a la aprobación del Consejo Directivo anualmente.

Reglas de Elegibilidad Alternativas para Carpinteros Activos

Ciertos Acuerdos de negociación colectiva requieren **elegibilidad inmediata** (también denominada **elegibilidad instantánea**) en el Plan al inicio de tales Acuerdos. Si tiene alguna duda acerca de si un acuerdo de negociación colectiva se aplica a su caso, comuníquese con la Oficina administrativa.

Si usted realiza el trabajo en virtud de un acuerdo de negociación colectiva, será elegible para los beneficios del Plan el primer día del mes especificado en el acuerdo.

Los requisitos de elegibilidad son los siguientes:

- a. Durante su primer mes de cobertura, el Empleador Contribuyente debe designarlo a usted como carpintero activo que trabaja habitualmente al menos la cantidad mínima de horas establecidas en el acuerdo de negociación colectiva.
- b. Todos los formularios de inscripción deben ser completados y enviados a la Oficina administrativa antes de la cobertura.
- c. Usted será elegible para la cobertura durante los meses subsiguientes solo si cumple con los requisitos establecidos en el acuerdo de negociación colectiva.
- d. Una vez que haya trabajado 360 o más horas en un trimestre de trabajo (trimestres calendario finalizados el 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre), deberá cumplir con los requisitos de horas de trabajo en la tabla anterior, al comienzo de “Carpinteros activos”, para ser elegible para los beneficios a partir de entonces.

Comienzo y Continuidad de la Elegibilidad de los Carpinteros Activos en virtud de Acuerdos de Sustitución (*In-Lieu*)

Se permite la elegibilidad inmediata (también llamada elegibilidad instantánea) para los empleados que el Empleador es firmante de un **Acuerdo de Sustitución** aprobado por el Comité de Beneficios del Consejo que establece la elegibilidad inmediata de manera consistente con las disposiciones del Plan para la elegibilidad alternativa para Carpinteros activos. Si un carpintero activo realiza trabajo en virtud del Acuerdo de Sustitución y cumple con los requisitos establecidos en el mismo para la elegibilidad inmediata en el Plan, el carpintero activo se convertirá en una persona elegible de acuerdo con esta disposición.

El carpintero activo se convertirá en una persona elegible el primer día del primer mes especificado en el acuerdo de sustitución o, si es más tarde, el primer día del primer mes que la Oficina administrativa y el Comité de Beneficios lo considere administrativamente factible.

El Acuerdo de Sustitución se ajustará a lo siguiente:

- a. Las contribuciones serán a la tarifa especificada en el Acuerdo de Sustitución aprobado y se harán por todas las horas trabajadas para todos los afiliados de la unidad cubierta por el acuerdo de negociación colectiva.
- b. Para ser una persona elegible con respecto a un mes calendario, el carpintero activo deberá, durante el primer mes de cobertura, haber sido designado por el Empleador contribuyente como un carpintero activo que habitualmente trabaja, por lo menos, la cantidad mínima de horas establecida en el acuerdo de negociación colectiva para el Empleador contribuyente, y la contribución mensual aplicable para el carpintero activo deberá haber sido pagada por el Empleador contribuyente de conformidad con el Acuerdo de Sustitución aplicable.
- c. Un carpintero activo descrito en la subsección anterior sobre “Reglas de elegibilidad alternativas para carpinteros activos” será una persona elegible en cualquier mes. El primer trimestre de elegibilidad comenzará después de la elegibilidad inmediata, si el promedio de horas mensuales trabajadas por el carpintero activo (según lo determinado por la Oficina administrativa a su discreción) es igual o superior a las horas mínimas trabajadas según lo establecido en el Acuerdo de Sustitución (*in-lieu*) aprobado, siempre que, desde el primer trimestre de trabajo que comience inmediatamente después del mes inicial de elegibilidad del carpintero activo, el estado de persona elegible del carpintero activo se determine en base al

criterio normal de continuidad de la elegibilidad para los propósitos del trimestre de elegibilidad siguiente con la modificación a continuación: No se agregan horas en exceso a una Cuenta de Reserva hasta el Trimestre de Trabajo que comienza un año después de que comienza la elegibilidad inmediata.

La elegibilidad inmediata se puede conceder de acuerdo con términos y condiciones alternativos en lugar de los requisitos establecidos en los párrafos a. hasta c. anteriores, que se detallan con suficiente detalle en un Acuerdo de Sustitución aprobado por votación del Consejo, o del Comité de Beneficios del Consejo, en una reunión debidamente notificada y celebrada, y que se documentan a satisfacción de la Oficina administrativa, a su total discreción.

Elegibilidad para un Aprendiz de Carpintero Activo Recientemente Elegible

Ciertos Acuerdos Colectivos de Trabajo (CBA, por sus siglas en inglés) requieren contribuciones al Plan de Empleado Activo una vez que un aprendiz de carpintero activo alcanza un “nivel” específico (como se define en el CBA). Los aprendices de carpintero activos contratados el 1 de julio de 2018 o más tarde y que alcanzan el nivel 3, así como un supervisor y otros títulos de trabajo que se indican en el CBA, pueden ser elegibles para los beneficios de este Plan de empleado activo.

Si el Empleador está sujeto a un CBA que contiene una disposición explicada en el párrafo anterior, entonces la elegibilidad para las ofertas de beneficios de este Plan de Empleado Activo se aplicará con el **primer Trimestre de Elegibilidad después de las contribuciones del Empleador a este Plan** (sujeto a la aprobación de los Fideicomisarios).

Cualquier saldo bancario de reserva se contará para la elegibilidad y las ofertas de beneficios del Plan de empleado activo. Cuando el aprendiz de carpintero activo alcanza el nivel de elegibilidad especificado, como se define en el CBA, el aprendiz de carpintero activo recibirá información adicional de la Oficina administrativa.

Tenga en cuenta que ciertos CBA permiten a los aprendices de empleados activos seleccionar el Plan Bronce. La oportunidad de elegir el Plan Bronce solo está disponible durante el período de Inscripción Abierta. (El Plan Bronce no se describe en este documento. Comuníquese con la Oficina administrativa para obtener información sobre el Plan Bronce).

Horas de Entrenamiento de Aprendices

Si usted es un aprendiz que asiste a las clases de entrenamiento de JATC en un trimestre laboral (trimestres calendario finalizados el 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre), se le acreditarán, en ese trimestre laboral, las horas de capacitación a razón de ocho (8) horas por cada día que asista al entrenamiento (excepto sábados y domingos). El máximo de horas de capacitación que se pueden acreditar durante un trimestre laboral es el total de **360 horas** menos las horas efectivamente trabajadas para los Empleadores Contribuyentes y menos las horas en su cuenta de reserva.

Reciprocidad

Existen acuerdos de reciprocidad vigentes entre el Fideicomiso y otros Fideicomisos que cubren a los Carpinteros en ciertas áreas (“planes relacionados”). En virtud de los acuerdos, es posible que el trabajo cubierto por los planes relacionados sea considerado junto con el trabajo cubierto por este Fideicomiso, lo que permite a un Carpintero calificar para los beneficios de salud y bienestar para los que no sería elegible en ausencia de tales acuerdos. Los acuerdos recíprocos permiten que un Carpintero tenga portabilidad y flexibilidad de sus beneficios cuando busca trabajo a través de las fronteras estatales.

El Fideicomiso fue una parte interesada del Acuerdo de Reciprocidad para Salud y Bienestar financiado por la Hermandad Unida de Carpinteros y Ebanistas de los EE. UU. el 1 de julio del

1989. Este acuerdo permite la transferencia de contribuciones de un Fideicomiso de salud y bienestar a otro, lo que puede posibilitar que el Carpintero califique para beneficios. En virtud de este Fideicomiso, se le acreditará al Carpintero la cantidad de horas efectivamente trabajadas en virtud de un plan relacionado para el cual se transfieren contribuciones a este Fideicomiso. Cuando este Fideicomiso transfiera contribuciones a un plan relacionado, el plan relacionado puede tener diferentes reglas.

Por ejemplo, el plan relacionado puede determinar la cantidad de horas que se acreditarán en virtud de su plan en base a la cantidad de dinero transferido al plan y su tarifa de contribución para la cobertura médica y de bienestar. Por ejemplo, si se transfieren \$600 desde este Fideicomiso a un plan relacionado en nombre de un Carpintero y la tarifa de contribución es de \$6.00 en el plan relacionado que recibe los \$600, se le acreditarían al Carpintero 100 horas en virtud de ese plan relacionado ($\$600 \text{ dividido por } \$6.00 = 100$).

El Carpintero debe enviar un formulario de autorización por escrito, en el cual elige por la transferencia de las contribuciones dentro de los **60 días** de comenzado el empleo en otra jurisdicción. Los acuerdos de reciprocidad también deben estar vigentes entre este Fideicomiso y otros Fideicomisos. La transferencia de horas se limita a las horas trabajadas hasta un año antes de recibida la solicitud de transferencia. La transferencia de horas continuará hasta que el Carpintero haya revocado la solicitud de reciprocidad por escrito y su Fideicomiso local reciba la solicitud.

Si se rechaza su elegibilidad debido a la insuficiencia de horas trabajadas y acreditadas en virtud del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar, debe informar a la Oficina administrativa si trabajó en un área cubierta por otro Fideicomiso.

Para obtener más información sobre reciprocidad, comuníquese con la Oficina administrativa.

Carpinteros activos que quedan incapacitados: Crédito de horas por incapacidad para incapacidades incurridas a partir del 1 de enero de 2019

Si sufre la incapacidad antes del 1 de enero de 2019, comuníquese con la Oficina administrativa.

Efectivo para incapacidades que ocurran a partir del 1 de enero del 2019, si un Carpintero Activo queda incapacitado (definido a continuación) en un Trimestre de Trabajo, el Carpintero Activo será **acreditado** en ese trimestre de trabajo y el trimestre de trabajo inmediatamente después, con las horas de incapacidad a la **tarifa de ocho (8) horas cada día**, el carpintero activo está incapacitado (excepto sábados, domingos y días festivos).

No se acreditarán horas por incapacidad a menos que se cumplan **todos** los requisitos a continuación:

- a. El total de horas por incapacidad acreditadas y las horas trabajadas en un trimestre laboral no pueden exceder las horas mínimas trabajadas para mantener la elegibilidad.
- b. La cantidad máxima de horas por incapacidad que se puede acreditar en un trimestre laboral es de 360 horas menos la cantidad de horas realmente trabajadas durante ese trimestre.
- c. **Se puede conceder crédito por horas de incapacidad por un máximo de dos trimestres de trabajo consecutivos.**
- d. **Las horas de incapacidad se acreditarán una vez que se cumplan los siguientes requisitos:**
 1. El estado de incapacidad debe estar certificado por escrito por un médico que sea un doctor en medicina (un carpintero activo se considera **“Inhabilitado”** cuando **no puede realizar el trabajo comunes y habituales de su puesto debido a una enfermedad o lesión**); y

2. Certificación por escrito del estado de incapacidad debe presentarse ante la Oficina administrativa entre 120 días de la fecha en que el carpintero activo quedó incapacitado (según lo determine el médico tratante); y
3. El carpintero activo debe haber sido acreditado con horas trabajadas por razones distintas a haber sido inhabilitado o en una licencia familiar o médica calificada dentro del período de 90 días que finaliza en la fecha en que el carpintero activo quedó incapacitado; y
4. El carpintero activo debe haber sido una persona elegible sin pago particular durante los dos (2) trimestres consecutivos de elegibilidad que finalizaron inmediatamente antes del comienzo del trimestre de elegibilidad en el que el carpintero activo quedó incapacitado; y
5. El carpintero activo no debe estar recibiendo un beneficio de pensión por el Fideicomiso de Pensiones de Carpinteros del Sudoeste.

Debe actuar con prontitud para recibir esta extensión de elegibilidad para usted y su familia después de una lesión o enfermedad que le impide trabajar suficientes horas para mantener su elegibilidad bajo el Plan.

Los retrasos en la presentación de un formulario de reclamación de horas de incapacidad (que está respaldado por una certificación médica de un médico) **pueden resultar en la denegación de su solicitud.**

El carpintero activo debe **enviar una solicitud de acreditación de horas por incapacidad** junto con la **certificación escrita del médico de la incapacidad** ante la Oficina administrativa dentro de los límites de tiempo especificados anteriormente. La Oficina administrativa tomará una decisión sobre la solicitud y notificará al carpintero activo por escrito si la solicitud para acreditar las horas por incapacidad fue aprobada o denegada (una denegación se denomina Determinación adversa del beneficio). El carpintero activo puede apelar una determinación adversa de beneficio siguiendo el proceso de apelación de reclamación por discapacidad del Plan, descrito en el Capítulo 15.

Disposición de pago particular (recompra de horas)

A partir del 1 de julio del 2018, se agrega una disposición de auto pago (recompra de horas) como una forma de ayudar a los empleados calificados a mantener su elegibilidad para los beneficios. Si un carpintero activo perdiera la elegibilidad porque sus horas trabajadas combinadas y las horas de reserva son menores al mínimo necesario para mantener la elegibilidad para cualquier trimestre de elegibilidad, el carpintero activo podrá pagar la cantidad de contribuciones necesarias para cumplir con las horas mínimas necesarias a fin de mantener la elegibilidad para un trimestre de elegibilidad.

Esto significa que la disposición de pago particular (recompra de horas) le permitirá a un empleado hacer un pago al Fideicomiso por la diferencia en su saldo bancario por hora y un cuarto de elegibilidad. El pago particular le permitirá al empleado mantener la elegibilidad para este trimestre adicional (cuando ese empleado hubiera de otra forma perdido la elegibilidad). Estas reglas se aplican a la disposición de pago particular:

- a. Esta disposición de pago particular (recompra de horas) no se aplica a los empleados que no hayan establecido la elegibilidad inicial en virtud del Fideicomiso.
- b. La disposición de pago particular (recompra de horas) **solo se permite** si el empleado tiene menos **de 60 horas de trabajo o bancarias**. Los empleados que tienen menos **de 60 horas de trabajo o bancarias** no son elegibles para esta disposición de pago particular.
- c. **La disposición de pago particular del afiliado solo se ofrece una vez cada año calendario después de la pérdida inicial de cobertura.**

Por ejemplo: sus horas de trabajo combinadas con su banco de reserva equivalen a 340 horas (lo que significa que le faltan 20 horas de trabajo para conservar la elegibilidad para los beneficios en el próximo trimestre de elegibilidad). Puede realizar un pago particular por las 20 horas restantes (se necesitan 360 menos el saldo de 340 en su banco). Su pago particular se basa en las horas necesarias para lograr la elegibilidad multiplicada por la tarifa por hora actual especificada en el Acuerdo Maestro de Trabajo. En este caso, su pago particular sería de 20 horas multiplicadas por \$7.50 o \$150 para mantener la elegibilidad en el trimestre. (Tenga en cuenta que esta tarifa de pago particular es sustancialmente menos costosa que un pago mensual normal de la tarifa COBRA). Si no obtuvo la elegibilidad activa después de ese trimestre, se le permitirá continuar con la cobertura en virtud de las disposiciones de continuidad de COBRA.

Elegibilidad para Empleados de Categoría Especial

Los empleados de categoría especial consisten en superintendentes, fiduciarios, ciertos empleados de la Unión, empleados de un Empleador contribuyente que están fuera de la negociación de acuerdo, empleados de la Administración Corporativa de Carpinteros del Sudoeste (CSAC) y empleados de proveedores de servicios relacionados, cuando los Empleadores de las personas hayan acordado adoptar y suscribirse al Plan de acuerdo con los procedimientos del Fideicomiso y pagar las contribuciones en base al trabajo de tiempo completo asumido.

Los empleados de clase especial son elegibles para los beneficios del plan como se indica a continuación:

a. Programa C4A.

Ciertos funcionarios de Empleadores contribuyentes que realizan trabajos de carpintería como se describe en un acuerdo de negociación colectiva aplicable, ciertos superintendentes de carpintería artesanal y ciertos gerentes de proyectos y estimadores pueden convertirse en personas elegibles en función de las contribuciones por 173 horas trabajadas por mes. La participación se realizará de conformidad con las Reglas y Regulaciones adoptadas por el Consejo o su Delegado ocasionalmente con respecto al “Programa C4A”.

b. Fiduciarios.

Un Empleador contribuyente que emplea a un Fideicomisario puede elegir la cobertura del Plan para que sea efectiva para el Fideicomisario a partir del primer día de cualquier mes calendario mediante la presentación de una solicitud previa ante la Oficina administrativa de la manera que este estipule.

c. Ciertos Empleados de la Unión.

La Unión (o un grupo del mismo) puede elegir la cobertura del plan para sus empleados sujetos al requisito de que la Unión estará obligado, mediante la elección de tal cobertura, a contribuir al Fideicomiso de todos esos empleados para cualquier mes calendario en que realiza contribuciones para el empleado.

d. Empleados Fuera de la Negociación de Acuerdo de un Empleador Contribuyente.

Un Empleador contribuyente puede elegir la cobertura del plan para sus empleados que no estén afiliados a un acuerdo colectivo mediante la ejecución de un acuerdo sustancialmente en la forma del Anexo I de este Plan, y la aceptación del mismo por parte del Consejo o su Delegado.

e. Empleados de CSAC.

Todos los empleados de CSAC pueden convertirse en personas elegibles tras la inscripción y el pago de las contribuciones de conformidad con cualquier acuerdo de participación aplicable o acuerdo de negociación colectiva que haya sido aceptado por el Consejo o su Delegado.

f. Proveedores de Servicios Relacionados.

Una firma profesional con licencia que hubiera iniciado sus contribuciones al Fideicomiso antes del 16 de diciembre del 1987 puede continuar la cobertura de sus empleados en virtud del Plan. Todos los empleados de la empresa, que no sean miembros de un acuerdo colectivo, recibirán cobertura. En caso de que la empresa elige por no continuar la cobertura de un empleado, la misma cesará para todos. Si la empresa interrumpe la cobertura para todos esos empleados, puede elegir nuevamente la cobertura para todos ellos a partir del primer día de cualquier mes calendario posterior.

Una empresa que tenga empleados fuera de un acuerdo de negociación colectiva que no sea el de los carpinteros, como un Unión de trabajadores de oficina, puede proporcionar cobertura en virtud del Plan, efectivo con el acuerdo de negociación colectiva, a los miembros de la unidad con el consentimiento de la Oficina administrativa, en función de los términos y condiciones aplicables a los empleados fuera de acuerdo que no sean carpinteros.

Tal empresa que tenga una nueva contratación sujeta al requisito de contribución de 173 horas por mes puede, con el consentimiento de la Oficina administrativa, proporcionar el estado de persona elegible comenzando en la fecha de la contratación, el primer día del primer mes siguiente a la contratación, o el primer día del mes después , siempre que (i) se pague una contribución de 173 horas por cada mes o parte del mes para el que existe la condición de persona elegible para la nueva contratación y (ii) no se proporcione una cuenta de reserva para la nueva contratación.

La empresa puede elegir de forma prospectiva, con el consentimiento de la Oficina administrativa, que todos sus empleados que pertenezcan o estén fuera de la negociación de un acuerdo laboral estén cubiertos por el requisito de contribución de 173 horas por mes aplicable a los empleados fuera de la negociación de acuerdo de un Empleador contribuyente o el requisito aplicable a los empleados de categoría especial, (pero no a ambos), con elegibilidad para todas las nuevas contrataciones como se describe en la sección anterior, siempre que, para los empleados de la empresa, todas las cuentas de reserva existentes sean canceladas a partir de tal requisito de cobertura uniforme, y que ninguna de esas cuentas de reserva sigan acumulando a partir de entonces, y si se selecciona el requisito de 173 horas, se pague una tarifa según lo dispuesto en la sección anterior por cada nuevo empleado.

Comienzo y Continuidad del Estado de Persona Elegible para Empleados de Clase Especial

a. En General

Un empleado de categoría especial se convertirá en una persona elegible a partir del primer día del primer mes calendario siguiente a la fecha de contratación y seguirá siendo una persona elegible durante el mes, y durante cada mes calendario después para los que continúen cumpliéndose estas condiciones, sujeto a la terminación anticipada del estado de persona elegible antes del final del mes calendario.

En los casos en que la regla para un grupo de empleadores de empleados de categoría especial generalmente exija la cobertura de todos los empleados elegibles, la Oficina administrativa puede permitir exclusiones para aquellos empleados que proporcionen documentación de la cobertura de salud colectiva disponible para ellos en otros lugares, como la cobertura a través

del empleo de un cónyuge. Tras la presentación de la documentación de la pérdida de la otra cobertura, el empleado excluido puede inscribirse especialmente de acuerdo con las reglas del Plan.

b. Empleados de CSAC y empleados fuera de la Negociación de Acuerdo.

- (i) Cada empleado de CSAC que esté fuera de un acuerdo colectivo se convertirá en una persona elegible el primer día de empleo del contratado por CSAC, y el empleo será de al menos 30 horas por semana;
- (ii) Cada empleado de CSAC que sea miembro de un acuerdo colectivo se convertirá en una persona elegible el primer día del primer mes calendario después de completar 30 días consecutivos de empleo de al menos 30 horas por semana.

La cobertura en virtud de las reglas anteriores estará sujeta a limitaciones en el inicio y la continuación del estado de persona elegible respecto de los empleados de categoría especial elegibles que se encuentren en el acuerdo de suscripción o participación aplicable.

Un empleado de clase especial será una persona elegible durante un mes calendario solo si se encuentra en un punto anterior al primer día del mes, o dentro del período de gracia después, según lo requiera la Oficina administrativa

- (i) se han cumplido los procedimientos aplicables de la Oficina administrativa, y su inscripción u otra documentación se ha completado satisfactoriamente y se ha entregado, y
- (ii) el Fideicomiso recibe la contribución requerida del empleador.

La contribución mensual requerida en el caso de los empleados de categoría especial será la tarifa mensual establecida en el Acuerdo de participación del Empleador para empleados fuera de la negociación de acuerdo, según lo aprobado por el Consejo Directivo del Fideicomiso. La contribución mensual al Fideicomiso, requerida para cada empleado de categoría especial, será la tarifa por hora especificada en el Acuerdo Laboral Maestro multiplicado por:

- (i) 173 o
- (ii) en el caso de empleados de la Unión o CSAC, las horas regulares no extraordinarias programadas para trabajar en el mes anterior al mes para el cual el empleado será una persona elegible.

Con el propósito de desarrollar una cuenta de reserva que permita la continuidad de su estado de personas elegibles, en caso de que dejen de ser empleados de clase especial, los empleados de clase especial serán acreditados con horas que exceden la cantidad de horas descritas en el párrafo anterior.

Empleados del Fideicomiso de Entrenamiento de Carpinteros del Sudoeste

Los empleados del Fideicomiso de Entrenamiento de Carpinteros del Sudoeste se convertirán en personas elegibles de acuerdo con las reglas anteriores aplicables a los empleados de CSAC fuera de un acuerdo colectivo. Al inscribir a sus empleados, el Fideicomiso de Entrenamiento de Carpinteros del Sudoeste acuerda hacer contribuciones al Fideicomiso de conformidad con las reglas anteriores aplicables a los empleados de CSAC fuera de un acuerdo colectivo.

Si usted es un empleado de categoría especial consulte los requisitos de elegibilidad del Acuerdo de participación del empleador aplicable para empleados fuera de la negociación de acuerdo, en caso de que sea diferente al descrito en la Descripción general de elegibilidad que aparece anteriormente en este Capítulo.

Elegibilidad para Dependientes Elegibles

Para establecer la cobertura para los Dependientes, debe proporcionar ciertos documentos a la Oficina administrativa, como se indica en la sección “Inscripción” más adelante en este capítulo.

Cuando el Empleado está inscrito, los siguientes Dependientes elegibles pueden inscribirse para la cobertura de salud en virtud del Plan:

- a. Su **cónyuge legal**. Si está legalmente separado de su cónyuge, no es elegible. Además, un excónyuge (cónyuge divorciado) no es elegible incluso si un decreto de divorcio, una orden judicial u otra acción legal requiere que un empleado continúe proporcionando cobertura para el excónyuge.
- b. Sus **hijos (casados o no) hasta el final del mes en que cumplen 26 años de edad**. Pueden ser hijos biológicos, hijos adoptivos, hijos para quienes usted o su cónyuge legal son designados por el tribunal como tutores legales, o niños que haya adoptado o que le fueron entregados en adopción antes de que cumplan 18 años de edad.
- c. **Hijos Adultos Incapacitados**: Su hijo soltero que no pueda participar en ninguna actividad lucrativa sustancial debido a un impedimento físico o mental médicamente determinable que pudiera dar lugar a fallecimiento, o que hubiera durado o pueda durar un período continuo no inferior a doce (12) meses, puede continuar siendo elegible como dependiente después de los 26 años mientras exista la condición de incapacidad, siempre que:
 - 1) el hijo haya sido un dependiente elegible según el Plan en el momento en que la cobertura hubiera sido cancelada debido a la edad, y
 - 2) usted proporciona más de la mitad de la manutención del hijo soltero para el año calendario y el hijo sea elegible para la cobertura de salud libre de impuestos como “hijo que califica” o “familiar que califica” según los requisitos aplicables del Código de Impuestos Internos, capítulo 152 I o 152 (d).La documentación adecuada se debe presentar a la Oficina administrativa dentro de los 60 días a partir de la fecha de terminación para el dependiente y de manera periódica, según lo requiera la Oficina administrativa.
- d. Un hijo cubierto por una **Orden de Asistencia Médica Calificada para Menores (QMCSO,** por sus siglas en inglés). Para obtener información sobre los procedimientos del Plan con respecto a una QMCSO, comuníquese con la Oficina administrativa.

Los siguientes Dependientes pueden estar cubiertos por seguros de vida y cualquier otro beneficio no sanitario proporcionado por el Plan:

- a. Su **cónyuge legal**. Si está legalmente separado de su cónyuge, no es elegible. Un excónyuge no es elegible incluso si una sentencia de divorcio, una orden judicial u otra acción legal exige que un empleado continúe proporcionando cobertura para el excónyuge.
- b. Sus **hijos solteros hasta el final del mes en que cumplen 19 años de edad**, si usted proporciona más de la mitad de su manutención.
- c. Sus **hijos solteros hasta el final del mes que cumplen los 23 años de edad** si son solteros, con el apoyo del empleado, si no están empleados a tiempo completo y son estudiantes de tiempo completo en una institución educativa acreditada de aprendizaje, (en virtud de las reglas de esa entidad para estudiantes de tiempo completo) si usted proporciona más de la mitad de su manutención.

Para los beneficios del seguro de vida, una persona que, mientras esté matriculada como estudiante de tiempo completo:

- a. deje la escuela debido a un permiso de ausencia médicamente necesario; y
- b. ausencia esté certificada por escrito según sea necesario por un médico;

se considerará que tiene el estado de estudiante a tiempo completo por: (i) 12 meses o (ii) la duración del permiso de ausencia aprobado, el que sea menor.

A los efectos de determinar qué Dependientes pueden estar cubiertos por el seguro de vida, el período no incluye a ninguna persona que:

- a. esté en servicio activo en el ejército de cualquier país o autoridad internacional. Sin embargo, el servicio activo para este fin no incluye entrenamiento de fines de semana o de verano para las fuerzas de reserva de los Estados Unidos, incluida la Guardia Nacional; o
- b. esté asegurado en virtud de la Póliza del grupo de seguros de vida como empleado.

En el caso del seguro de vida, deberá proporcionar, para sus hijos, una copia de su declaración de impuestos federales más reciente que demuestre que usted los declara sus Dependientes.

A efectos del seguro de vida, su pareja doméstica puede estar cubierta como dependiente de la póliza del seguro de vida. “**Pareja doméstica**” hace referencia a dos personas, cada una de las cuales es un empleado del titular de la póliza o Empleador participante, que:

- a. esté registrado como pareja doméstica, pareja de unión civil o beneficiario recíproco en una agencia gubernamental donde el registro esté disponible; o
- b. sea del mismo sexo o del sexo opuesto y tenga una relación mutuamente dependiente para que cada uno tenga un interés asegurable en la vida del otro. Cada persona debe:
 1. ser mayor de 18 años de edad;
 2. ser soltero;
 3. ser el único compañero doméstico de la otra persona;
 4. compartir una residencia principal con el otro; y
 5. no debe estar relacionada con el otro de manera que impida su matrimonio en la jurisdicción en la que residen.

El empleado debe completar y firmar una declaración de pareja doméstica que acredite la relación entre el empleado y la pareja doméstica del empleado. La declaración debe establecer que cada persona tiene un interés sustancial en la otra engendrada por el amor y el afecto, o un interés económico legal y sustancial en la vida, salud o seguridad física continua de cada uno, a diferencia de un interés que surgiría solo por fallecimiento, incapacidad o lesión de la otra persona o aumentaría su valor por ello.

Se debe proporcionar la verificación de una pareja doméstica a la compañía de seguros de vida.

NOTA IMPORTANTE: Un cónyuge o hijo que sea una persona elegible en virtud del Plan como empleado (carpintero activo o empleado de categoría especial) no puede ser elegible también como dependiente. Los hijos tampoco pueden estar cubiertos como Dependientes de más de un empleado (carpintero activo o empleado de categoría especial) en virtud del Plan.

Consulte la definición de “Dependiente” en el Glosario al final de este folleto para obtener información más detallada sobre los requisitos para la situación de dependiente.

Fechas de Elegibilidad para los Dependientes

Sus Dependientes serán elegibles luego de su inscripción, lo que ocurrirá en la última de las siguientes fechas:

- a. La fecha en que usted se convierte en una persona elegible.
- b. La fecha en que adquirió el dependiente si usted es elegible en ese momento. Sin embargo, un dependiente de un empleado de CSAC y afiliado a un acuerdo colectivo no podrá ser elegible antes del primer día del primer mes después de la adquisición del dependiente por parte del

empleado, a menos que la adquisición sea por nacimiento, adopción o entrega en adopción.

- c. Los empleados fuera de la negociación de acuerdo que trabajen activamente en los EE. UU. y que trabajen al menos 30 horas por semana serán elegibles para el seguro de vida de Dependientes a más tardar el primer día del mes que coincida o después de la fecha en que complete el período de espera de 30 días.

Los formularios de inscripción completados y los documentos requeridos deben enviarse a la Oficina administrativa a tiempo para que la cobertura entre en vigencia el primer día del mes en que la Oficina administrativa reciba sus formularios y documentos completos.

A pesar de la regla general anterior, los Dependientes de Empleados de Categoría Especial serán elegibles de conformidad con las disposiciones aplicables del acuerdo entre el Empleador Contribuyente y el Fideicomiso.

La elegibilidad de un Dependiente continuará durante cualquier período en que el Carpintero activo o el Empleado de Categoría Especial de quien se deriva la condición de Dependiente sea una Persona Elegible, salvo que esta condición termine antes por uno de los motivos que se mencionan en “Cuando Finaliza la Elegibilidad” más adelante en este Capítulo.

Aviso Importante sobre Cambios en Su Familia

Si hay un cambio en su situación familiar (por ejemplo, si usted se casa o se divorcia o tiene un hijo), debe completar un formulario de situación familiar y enviarlo por correo junto con la documentación requerida a la **Oficina administrativa dentro de los 31 días siguientes al evento**. De lo contrario, la cobertura se retrasará o, en el caso de divorcio, usted será responsable por cualquier costo en que incurra el Fideicomiso en nombre de los Dependientes no elegibles, incluidos entre otros, a su excónyuge y cualquier hijastro después del divorcio del padre/la madre de los hijastros.

Los formularios de situación familiar están disponibles en la Oficina administrativa y el sitio web del Fideicomiso www.carpenterssw.org.

Opciones de Plan e Inscripción

Elección de Cobertura.

Varias opciones de atención médica están disponibles en virtud del Plan. Las Opciones disponibles para usted dependerán de dónde usted vive y cuánto tiempo ha sido elegible en virtud del Plan.

Los empleados, además de los Dependientes, que primero adquieren elegibilidad bajo el Plan tendrán la oportunidad de seleccionar cobertura de salud entre las opciones disponibles. Si un dependiente está debidamente inscrito, ese dependiente elegible recibirá la misma cobertura de atención médica elegida por el empleado elegible (de quien se deriva el estado del dependiente como dependiente), salvo que la ley aplicable exija lo contrario.

- Si el empleado elegible no reside en ningún área de servicio de HMO, solo se proporcionará el Plan Médico PPO de Anthem.
- Consulte el capítulo Dental para obtener información sobre las opciones de planes dentales disponibles según el lugar donde reside el Empleado elegible.
- Si la Oficina administrativa no recibe un formulario de inscripción médica y / o dental “a tiempo” y completado de un Empleado Elegible, del Empleado Elegible y sus Dependientes elegibles no tendrán cobertura médica y / o dental, según corresponda, hasta el primer día del

mes siguiente a la fecha en que el Plan (la Oficina administrativa) recibe los formularios de inscripción debidamente completados.

- El envío de un formulario de inscripción completado se considerará a tiempo si la Oficina administrativa lo recibe **dentro de los 31 días** de la fecha en que el estado de un empleado cumple con las disposiciones de elegibilidad del Plan.
- AVISO: Independientemente de la opción de atención médica en la que esté inscrito, será elegible para elegir una de las opciones del plan dental.
- Mientras esté inscrito en el Plan Médico HMO con deducibles de Kaiser o en el Plan Médico PPO de Anthem, usted y sus Dependientes estarán automáticamente cubiertos por la cobertura del plan de visión y el seguro de vida, y el empleado estará cubierto por el seguro de vida y fallecimiento accidental y beneficios de desmembramiento. Sin embargo, el seguro de vida y los beneficios por fallecimiento accidental y desmembramiento no se proporcionan a los beneficiarios de COBRA, como se describe más adelante en la sección de COBRA de este Capítulo.

Opciones de Atención Médica

Las opciones de atención médica son las siguientes:

- El **Plan Médico PPO de Anthem** proporciona una red PPO en la cual los proveedores dentro de la red extienden un descuento en sus servicios que reduce sus costos de bolsillo. Si está inscrito en el Plan Médico PPO de Anthem, usted y sus Dependientes elegibles están cubiertos para servicios hospitalarios, médicos, de salud conductual y de medicamentos recetados como se describe en el Capítulo 5.

El Plan Médico PPO de Anthem está disponible en todas las localizaciones geográficas de los EE. UU.

Un Carpintero Activo o un Empleado de Categoría Especial se considera “recientemente elegible” si previamente no ha sido una Persona Elegible o no ha estado elegible para el Plan durante dos trimestres de elegibilidad consecutivos y luego recupera su elegibilidad.

- El **plan médico HMO con deducibles de Kaiser** es un programa de atención médica administrada proporcionado a través de Kaiser Permanente, una organización para el mantenimiento de la salud o “HMO”. Si está inscrito en el plan médico HMO con deducibles de Kaiser, usted y sus Dependientes elegibles tendrán cobertura de Kaiser para servicios y suministros hospitalarios, médicos y de salud conductual y medicamentos recetados como se describe en el folleto de beneficios de Kaiser. En general, Kaiser ofrece sus beneficios a través de sus propios centros. Kaiser está disponible en la mayoría de las áreas del sur de California, algunas áreas del norte de California y en Colorado.

Opciones de Atención Dental

Las opciones de atención dental son las siguientes:

- **Plan dental de la organización de proveedores preferidos dentales (DPPO) de UnitedHealthcare:** esta opción de plan dental está disponible si vive en cualquier estado de los EE. UU.
- **Plan dental de compensación directa (CD) de atención administrada selecta de UnitedHealthcare:** esta opción de plan dental está disponible si vive en California o Nevada.
- **Plan dental de UnitedHealthcare solo dentro de la red (INO):** esta opción de plan dental está disponible si vive en Colorado, Utah, Wyoming o en la mayoría de los demás estados (pero no

en California o Nevada).

Oportunidades de Inscripción

Hay tres oportunidades de inscripción para empleados y Dependientes elegibles: Inscripción inicial, inscripción especial e inscripción abierta. Estas oportunidades de inscripción se detallan a continuación.

Inscripción Inicial

Cuando Hacer Sus Selecciones de Cobertura

Se le da la oportunidad de hacer sus selecciones entre las Opciones de atención médica y dental disponibles cuando se convierte en una Persona Elegible en virtud del Plan por primera vez. Sus Dependientes solo podrán inscribirse bajo sus Opciones de cobertura seleccionadas. Una vez inscrito en las opciones que haya seleccionado, **podrá cambiar su selección solo durante el período de inscripción abierta anual del Plan.**

Cada año, la Oficina administrativa le notificará el período de inscripción abierta del Plan. Sin embargo, también puede cambiar su selección si está inscrito en un plan médico HMO y / o un plan dental solo dentro de la red y se aleja de su área de servicio de la red. Deberá notificar por escrito a la Oficina administrativa sobre su cambio de domicilio y solicitar un cambio en su cobertura.

En el caso de que usted no sea elegible para los beneficios del Plan durante un período de inscripción abierta anual, podrá cambiar sus elecciones de Opciones a partir de la fecha en que restablezca su elegibilidad en virtud del Plan, siempre que no hayan transcurrido dos trimestres consecutivos de elegibilidad.

Las personas inscritas durante un período de inscripción especial, como se describe en virtud de la Inscripción Especial de HIPAA más adelante en este Capítulo, tienen la misma oportunidad de seleccionar las opciones de beneficios del plan a los mismos costos y con los mismos requisitos de inscripción disponibles para empleados en una situación similar en la inscripción inicial.

Al igual que con todas las personas recién inscritas, la selección de cobertura médica se limita al Plan Médico HMO del Plan (disponible en algunos estados) o la opción PPO. Los Dependientes solo pueden inscribirse en el plan médico seleccionado por el Carpintero Activo o el empleado de categoría especial. Las opciones médicas del Plan pueden no estar disponibles para las personas que deben dinero al plan.

Cómo Hacer sus Selecciones de Cobertura

Formularios de Inscripción

Para seleccionar sus Opciones de cobertura, complete y envíe los formularios de inscripción adecuados a la Oficina administrativa dentro del plazo dado. **Es muy importante que la Oficina administrativa tenga los formularios de inscripción completos en el plazo establecido. De lo contrario, usted no tendrá NINGÚN beneficio médico, de medicamentos recetados, dentales o de visión hasta que se reciban los formularios de inscripción.**

Recuerde que puede realizar selecciones de Opción solo durante los períodos de inscripción indicados en la sección anterior.

Disminuir (no participar voluntariamente) la cobertura

Una vez que esté cubierto por el Plan, los empleados elegibles para los beneficios y sus Dependientes elegibles tendrán la oportunidad de disminuir (cancelar) la cobertura de beneficios.

Para disminuir (no participar) los beneficios, debe proporcionar un comprobante de inscripción en otra cobertura grupal que se considere cobertura mínima esencial (MEC) o COBRA, así como completar un formulario para no participar en los beneficios comunicándose con la Oficina administrativa. Otra “cobertura grupal” no incluye la cobertura de Medicaid, Medicare, Tricare, Indian Health Services o el Mercado de Seguros de Salud.

Si en una fecha después desea la cobertura del Fideicomiso que disminuyó (canceló) y luego es elegible para la cobertura patrocinada por el Fideicomiso, puede aprovechar las disposiciones de Inscripción Especial (por ejemplo, si pierde la elegibilidad para esa otra cobertura), o puede hacer una elección para inscribirse en los beneficios del Fideicomiso en el próximo período de Inscripción Abierta.

No hay compensación financiera por la disminución (cancelar) de la cobertura.

Documentación para Dependientes (Prueba de Estado de Dependiente)

Asegúrese de incluir con sus formularios de inscripción, los documentos necesarios para establecer la elegibilidad para sus Dependientes. Esos documentos son:

- a. En el caso de su cónyuge, una copia certificada de su certificado de matrimonio y una copia de su declaración de impuestos federales más reciente que demuestre que usted presentó una declaración conjunta de impuestos con su pareja o una declaración de impuestos por separado. (Póngase en contacto con la Oficina administrativa para opciones de documentación).
- b. En el caso de sus hijos biológicos, una copia certificada de sus certificados de nacimiento.
- c. En el caso de sus hijos adoptados o hijos de quienes usted sea su tutor legal, una copia certificada de los documentos de adopción o de la orden judicial que muestre su responsabilidad legal por cada hijo.
- d. En el caso de sus hijastros, una copia certificada de su certificado de nacimiento (nota: con el fin de inscribir a hijastros, se requiere una copia certificada de su certificado de matrimonio).
- e. En el caso de sus hijos con edades entre los 19 y 23 años y que asistan a la escuela tiempo completo (según las normas de la institución para estudiantes de tiempo completo), un formulario de certificación de estudiante completada por cada hijo (este formulario se puede obtener en la Oficina administrativa).
- f. En el caso de niños por quienes usted sea legalmente responsable de proporcionar una cobertura de salud, una copia de la Orden de Asistencia Médica Calificada a Menores.
- g. En el caso de sus hijos, una copia de su declaración de impuestos federales más reciente que demuestre que usted declara a los niños como sus Dependientes. Esto se requiere solo para el seguro de vida de Dependientes. Comuníquese con la Oficina administrativa para opciones de documentación.

A fin de que sus Dependientes se conviertan en personas elegibles en virtud del Plan, usted **debe** presentar los documentos antes mencionados de manera oportuna a la Oficina administrativa. **No proporcionar la prueba requerida de la documentación del dependiente puede afectar su elegibilidad para los beneficios.**

También es necesario el número de seguro social (SSN) del dependiente, como se explica a continuación:

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL NECESARIOS DE LOS DEPENDIENTES

Para cumplir con las regulaciones federales de coordinación de beneficios de Medicare y ciertas reglas de información del IRS, debe proporcionar de inmediato al Administrador del Plan, o a su Delegado, el número de seguro social (SSN) de sus Dependientes elegibles para los cuales ha elegido o está eligiendo la cobertura del plan e información sobre si usted o alguno de los Dependientes están inscritos actualmente en Medicare o se han dado de baja de Medicare. Esta información se solicitará cuando se inscriba por primera vez en la cobertura del Plan, pero también se puede solicitar en una fecha después.

Si una persona a cargo no tiene todavía un número de seguro social, usted puede dirigirse a este sitio web para completar un formulario de solicitud de SSN:

<http://www.socialsecurity.gov/online/ss-5.pdf>. La solicitud de un número de seguro social es GRATIS.

No proporcionar el SSN o no completar el formulario modelo CMS (el formulario está disponible en la Oficina administrativa o en <http://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Downloads/New-Downloads/RevisedHICNSSFSSNForm081809.pdf>) significa que las reclamaciones para personas elegibles no pueden considerarse reclamaciones pagaderas para las personas afectadas.

Órdenes Médicas Calificadas de Manutención Infantil (QMCSO)

Procedimiento para la notificación y determinación del estado calificado: En el caso de que el Plan reciba una orden médica calificada de manutención infantil (notificación nacional de apoyo médico), la Oficina de Administración notificará sin demora a las personas elegibles afectadas (incluido el destinatario alternativo que pudiera verse afectado o el representante del destinatario alternativo) de la recepción de la orden y los procedimientos del Plan para determinar el estado calificado de la orden según la Sección 609 de ERISA.

El plan entonces, en un plazo razonable después de la recepción de la orden, determinará si se trata de una orden médica calificada de manutención infantil de acuerdo con los procedimientos escritos, y notificará a la persona elegible afectada y a cada destinatario alternativo de su determinación.

Si una persona elegible afectada no está satisfecha con la determinación de la Oficina administrativa, esa persona puede apelar la decisión de la Oficina administrativa siguiendo el procedimiento del Plan para apelar las reclamaciones denegadas.

Reembolso Directo al Destinatario Alternativo: Sin perjuicio de cualquier otra disposición del Plan, no se realizará ningún pago de beneficios proporcionados por el Plan de conformidad con una orden médica calificada de manutención infantil para el reembolso de los gastos pagados por un destinatario alternativo o por el padre con custodia de un destinatario alternativo o tutor legal al destinatario alternativo o padre con custodia o tutor legal del receptor alternativo.

Definiciones relacionadas con QMCSO:

- El término “**Destinatario alternativo**” hace referencia al hijo de cualquier persona elegible reconocido en virtud de una orden médica de manutención infantil que tenga derecho a la inscripción en el Plan.
- El término “**Orden de médica de manutención infantil**” hace referencia a cualquier juicio, decreto u orden (incluida la aprobación de un acuerdo de conciliación) presentada por un tribunal de jurisdicción competente que (a) proporcione manutención infantil respecto del hijo de una persona elegible que no fuera un dependiente o proporcione cobertura de beneficios de salud para el niño, realizada de conformidad con una ley estatal de relaciones domésticas

(incluida una ley de propiedad comunitaria) y relacionada con los beneficios del Plan, o (b) hiciera cumplir una ley relacionada con la manutención médica infantil descrita en la Sección 1396g-1, 42 USC, en virtud del Plan.

El término “**Orden médica calificada de manutención infantil**” hace referencia a una Orden médica de manutención infantil que crea o reconoce la existencia del derecho de un destinatario alternativo, o asigna a un destinatario alternativo el derecho, a recibir beneficios para los cuales una persona es elegible en virtud de los términos del plan. Una Orden médica calificada de manutención infantil debe especificar claramente:

- 1) el nombre y la última dirección postal conocida de la persona elegible y de cada destinatario alternativo;
- 2) una descripción razonable del tipo de cobertura que proporcionará el Plan a cada Destinatario Alternativo, o la forma en que se determinará el tipo de cobertura;
- 3) el período al que se aplica la Orden; y
- 4) cada Plan al que se aplica el pedido.

Una orden de manutención médica infantil calificada puede no requerir que el plan proporcione cualquier tipo o forma de beneficio, o cualquier opción que no esté prevista de otro modo en el plan, excepto en la medida necesaria para cumplir con los requisitos de una ley relacionada con la manutención médica infantil descrita en la Sección 1396g-1, 42 USC.

Para obtener información sobre los procedimientos del Plan con respecto a una QMCSO, disponible sin costo, comuníquese con la Oficina administrativa.

Inscripción Especial según la HIPAA

Hay tres oportunidades de inscripción especial de HIPAA que permiten que la persona elegible se inscriba en el plan a mediados de año: a) al obtener (agregar) un nuevo dependiente, b) la pérdida de otra cobertura y c) a causa de Medicaid o un seguro de salud estatal para niños Programa (CHIP). Estas oportunidades se explican a continuación:

- a. Si usted adquiere un nuevo dependiente como resultado de **matrimonio, nacimiento, adopción** o entrega en adopción de un niño, podrá solicitar la inscripción para su nuevo dependiente de manera retroactiva a la fecha en que la persona alcanzó la condición de dependiente, siempre y cuando notifique por escrito a la Oficina administrativa dentro de los **31 días** del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la entrega en adopción. Si no lo hace, no podrán ser inscritos en la cobertura del Plan hasta el siguiente período de Inscripción Abierta.

(Nota: un niño es “entregado en adopción” en la fecha en que se obliga legalmente a proporcionar la manutención total o parcial del niño que desea adoptar).

- b. Si usted decide no inscribirse o no inscribir a sus Dependientes porque usted o ellos tienen otra cobertura médica, usted podrá ser elegible para solicitar su propia inscripción o la de sus Dependientes en la cobertura del Plan antes del siguiente período de inscripción abierta, si usted o sus Dependientes **pierden otra cobertura médica** (por determinados motivos). Debe notificar a la Oficina administrativa y presentar una solicitud de inscripción dentro de los **31 días después** de que la otra cobertura termine.
- c. Sin embargo, si usted o sus Dependientes **pierden la elegibilidad para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)** o se vuelven elegibles para un subsidio estatal para la inscripción en el Plan de Medicaid o CHIP, debe inscribirse o inscribir correctamente a sus Dependientes en la cobertura del Plan, dentro de los **60 días** de la terminación de la cobertura en Medicaid/CHIP o en la fecha en que usted o sus

Dependientes se vuelvan elegibles para el subsidio. Si usted se inscribe o inscribe correctamente a sus Dependientes dentro de estos períodos, la cobertura será retroactiva a la fecha anterior a la terminación de la cobertura.

Para solicitar la inscripción bajo la disposición de Inscripción Especial de HIPAA, comuníquese con la Oficina administrativa.

Las personas inscritas durante un período de inscripción especial tienen la misma oportunidad de seleccionar las opciones de beneficios del Plan a los mismos costos y con los mismos requisitos de inscripción que están disponibles para empleados en una situación similar en la inscripción inicial.

Inscripción Abierta

La inscripción abierta es el período de tiempo que cada año será designado por la Oficina administrativa durante el cual los empleados elegibles para beneficios y los beneficiarios calificados de COBRA pueden realizar las elecciones que se describen a continuación. Los formularios de inscripción y la información se pueden obtener de la Oficina administrativa.

Las personas inscritas durante la inscripción abierta deben seguir los procedimientos explicados en el momento de la inscripción abierta.

Elecciones disponibles durante la inscripción abierta:

Durante el período de inscripción abierta, puede elegir, para usted y sus Dependientes elegibles que son elegibles para la cobertura,

- a. **inscribirse** en uno de los planes médicos, dentales y de visión ofrecidos, o
- b. **agregar o eliminar** Dependientes elegibles a la cobertura médica, dental o de visión, o
- c. **cambiar** planes médicos o dentales (cuando un cambio está permitido) o
- d. hacer **cambios a la información del beneficiario para** su seguro de vida.

Restricciones a las elecciones durante la inscripción abierta:

Ningún dependiente puede estar cubierto a menos que usted esté cubierto (a menos que el dependiente sea un beneficiario calificado de COBRA).

Usted y todos sus Dependientes elegibles cubiertos deben estar inscritos para las mismas coberturas médicas dentales y/o de visión.

Todas las partes relevantes del formulario de inscripción deben completarse y el formulario debe enviarse antes del final del período de Inscripción Abierta a la Oficina administrativa junto con la prueba del estado de Dependiente (según se solicite) si agrega un nuevo Dependiente para la cobertura.

Preguntas Frecuentes

P. ¿Qué debo hacer si mi situación familiar cambia después de enviar mis formularios de inscripción?

R. Asegúrese de completar un formulario de cambio de situación familiar y enviarlo a la Oficina administrativa de inmediato cuando ocurra algún cambio en su situación familiar (por ejemplo, matrimonio, nacimiento de un hijo, fallecimiento, divorcio, separación legal o nulidad). Los formularios de situación familiar están disponibles en la Oficina administrativa. También debe notificar por escrito a la Oficina de Administrativa si cambia de domicilio.

El incumplimiento de la obligación de entregar al Plan (Oficina administrativa) una notificación a tiempo de los eventos mencionados anteriormente podrá:

- a. hacer que usted, su cónyuge y/o niño(s) Dependientes pierdan el derecho a obtener la continuidad de la cobertura mediante COBRA,
- b. hacer que la cobertura de un hijo dependiente termine cuando en caso contrario podría continuar debido a una incapacidad,
- c. provocar reclamaciones al no poder ser considerados para el pago hasta que los temas de elegibilidad se hayan resuelto,
- d. como consecuencia, es su responsabilidad hacer la devolución al Plan de los beneficios que se paguen a una persona no elegible. El Plan también tiene derecho a compensar las cantidades pagadas contra los beneficios de salud futuros del participante.

Relocalizarse fuera del área de servicio de red

Si está inscrito para la cobertura en una de las Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) del plan o en el plan dental dentro de la red, que proporciona beneficios para los servicios de atención médica cubiertos si reside dentro de un área de servicio de la red geográfica específica; y se mueve de su residencia a un lugar fuera de esa área de servicio; entonces puede solicitar cambiar las opciones del Plan a mediados de año. Para realizar el cambio, comuníquese con la Oficina administrativa **dentro de los 31 días** de la fecha en que se movió de su residencia.

Tarjeta de beneficiario para seguro de vida

Cada empleado que trabaja para un Empleador Contribuyente debe completar una credencial de beneficiario del seguro de vida que nombre a un beneficiario. Las credenciales de beneficiario están disponibles en la Oficina administrativa y las oficinas de la Unión. La credencial de beneficiario es el medio por el cual un empleado puede designar al beneficiario de su seguro de vida y los beneficios por fallecimiento accidental. El beneficiario designado puede recibir el beneficio por fallecimiento de la póliza de seguro de vida al fallecer el propietario de la póliza.

A falta de la designación de un beneficiario, podrá haber retrasos en el pago de estos beneficios y se pagarán según lo requerido por el contrato de seguro de vida, que podrá diferir de lo que usted habría dispuesto en una credencial de beneficiario.

Si **desea cambiar a su beneficiario**, obtenga otra credencial de su Unión o la Oficina administrativa, complétela y envíela a la Oficina administrativa. No es necesaria una nueva credencial de beneficiario para un cambio de domicilio o número local, pero usted también debe informar los cambios por escrito a la Oficina administrativa.

Una credencial de beneficiario de seguro de vida completada es el único documento que el Fideicomiso aceptará para su elección del beneficiario. Por ejemplo, si ejecuta un testamento u obtiene una disolución del matrimonio, esos documentos u órdenes judiciales no tendrán validez para cambiar a su beneficiario designado para sus beneficios de seguro de vida. En su lugar, debe completar y devolver una nueva credencial de beneficiario a la Oficina administrativa.

Si también tiene cobertura en otro lugar (Coordinación de beneficios)

Si usted o sus Dependientes están cubiertos por este Plan y, **tienen otra** cobertura de atención médica, debe tener en cuenta que la cobertura provista en virtud de los beneficios descritos en este folleto se coordinará con la otra cobertura. Usted no puede recibir pagos de beneficios duplicados ni utilizar una cobertura doble para obtener un reembolso de más del 100% de sus gastos.

Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre la Coordinación de beneficios (COB).

Además, ninguna persona podrá estar cubierta, en virtud de alguno de los beneficios del Plan, como empleado y como Dependiente o como Dependiente de más de un empleado.

Cobertura durante una ausencia médica o por motivos familiares (FMLA)

La Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos de 1993 (FMLA, por sus siglas en inglés) da derecho a ciertos empleados elegibles a tomarse hasta **12 semanas (26 semanas en ciertas situaciones)** de licencia laboral protegida sin goce de sueldo por año, por motivos familiares y médicos especificados. Un Empleador cubierto debe mantener una cobertura de salud colectiva para un empleado con una ausencia por la FMLA, siempre que la cobertura se haya proporcionado al empleado inmediatamente antes de la licencia. Para ser elegible para los beneficios de la FMLA, un empleado debe:

- trabajar para un empleador cubierto que emplee a 50 o más empleados,
- haber trabajado para ese empleador cubierto durante por lo menos 12 meses,
- haber trabajado por lo menos 1,250 horas para ese Empleador cubierto durante los 12 meses anteriores, y
- trabajar en un lugar donde al menos 50 empleados sean empleados por ese Empleador cubierto dentro de un área de 75 millas.

Los requisitos de servicio deben ser cumplidos por su trabajo para un solo Empleador. Si usted trabajó para más de un Empleador, **NO PUEDE** combinar sus horas trabajadas de todos los Empleadores para los que trabajó, para cumplir con los requisitos de servicio descritos anteriormente.

Tenga en cuenta que, en el caso de una ausencia médica por la FMLA, su Empleador debe conceder adecuadamente la ausencia, enviar la notificación requerida y hacer cualquier pago requerido a la Oficina administrativa. Usted debe comunicarse con su Empleador para confirmar que es elegible para una licencia.

Las horas acumuladas en su cuenta de reserva se aplican para cubrir las contribuciones debidas por un período de ausencia según la FMLA. Una vez que haya utilizado las horas acumuladas en su cuenta de reserva, la contribución debida por el Empleador es la cantidad requerida por el acuerdo de negociación colectiva para el período de la ausencia. Para obtener más información sobre la FMLA, comuníquese con su Empleador.

Continuidad de la Cobertura durante una Ausencia Militar (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Servicios Uniformados de 1994 (“USERRA”, por sus siglas en inglés) exige que el Plan le concede a usted el derecho de elegir la continuidad de la cobertura médica por hasta **24 meses** si se ausenta de su empleo debido al servicio militar, incluidos el Servicio en la Reserva y la Guardia Nacional bajo la autoridad federal, como se describe más adelante.

Cobertura en Virtud de USERRA

Si usted está ausenta del trabajo debido a servicio en los servicios uniformados, puede elegir por continuar la cobertura para usted y/o sus Dependientes elegibles conforme a las disposiciones de la ley USERRA. El derecho a elegir la cobertura de USERRA no se aplica a los Dependientes que ingresen al servicio militar. Los derechos según la ley USERRA no se aplican al servicio en una guardia nacional del estado bajo la autoridad de la ley estatal.

El período de cobertura disponible conforme a USERRA comienza en la fecha en que comienza su ausencia y finaliza cuando se ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- el final del **período de 24 meses** a partir de la fecha en que comienza la ausencia; o
- el día después de la fecha en que usted debería solicitar cobertura conforme a USERRA, pero no lo hace, o bien regresa a un puesto de trabajo por el cual se deben hacer contribuciones al Fideicomiso.

El derecho a continuar temporalmente la cobertura del Plan no incluye el derecho a recibir un seguro de vida, beneficios por fallecimiento accidental y desmembramiento, o por incapacidad a largo plazo u otros beneficios similares no médicos provistos en virtud del Plan. Además del derecho a una continuidad de la cobertura en virtud de USERRA, usted y sus Dependientes también podrán tener derecho a elegir la continuación de cobertura COBRA si experimentan un evento que califique.

Notificación y Elección de la Cobertura de USERRA

Si desea elegir la cobertura de USERRA, deberá notificar a la Oficina administrativa sobre su ausencia al trabajo debido a servicio militar, a menos que la notificación este excluida por la necesidad militar o que, las circunstancias pertinentes, la notificación sea imposible o poco razonable.

Además, su elección de recibir la cobertura de USERRA debe ser recibida dentro de los 60 días siguientes al último día del Empleo Cubierto. De lo contrario, perderá el derecho a continuar su cobertura en virtud de la ley USERRA.

Pago de la Cobertura de USERRA

Es posible que elija pagar la totalidad o una parte del costo de la cobertura. Si el período de servicio militar es menos de 31 días, la cobertura en virtud del Plan continuará como si todavía estuviera trabajando en un Empleo Cubierto. Si el servicio militar se extiende más de 31 días, usted debe pagar el 102% del costo de la cobertura a menos que el Empleador pague la cobertura en virtud de su política de ausencia. El costo se determinará de la misma manera que el costo por la continuación de cobertura COBRA. Comuníquese con la Oficina administrativa para saber el costo actual.

La cobertura de USERRA requiere pagos mensuales a tiempo

La fecha debida del pago es el primer día del mes en que comienza la cobertura de USERRA. Por ejemplo, los pagos para el mes de noviembre deben pagarse a más tardar el 1 de noviembre. La cantidad debida por el período inicial de cobertura de USERRA debe incluir el pago por el período de tiempo desde la fecha en que la cobertura habría terminado si usted no hubiera elegido la cobertura de USERRA. Existe un período de gracia inicial de 45 días para pagar la primera tarifa

debida, a partir de la fecha en que se eligió la cobertura de USERRA. Después de eso, existe un período de gracia de 30 días para pagar cualquier cantidad debida después.

Si elige y paga a tiempo la cobertura de USERRA, la cobertura se proporcionará retroactivo a la fecha de su partida para el servicio militar. Si el pago no es recibido al final del período de gracia aplicable, la cobertura de USERRA terminará a partir del final del último período para el cual se haya recibido un pago.

Si usted no realiza el pago completo en cada fecha que es debido (o dentro del período de gracia de 30 días), perderá toda la cobertura de USERRA y no se podrá restablecer la continuación de la cobertura.

Una vez que se hace el pago a tiempo de la cobertura de USERRA, es su responsabilidad hacer los pagos a tiempo. La Oficina administrativa no enviará ninguna notificación de un vencimiento o debido de un pago o que indique que la cobertura de USERRA está por terminar debido a pago un pago requerido.

Cuando usted regrese al empleo cubierto después de haber recibido un licenciamiento honroso dentro de los plazos requeridos por la ley, será elegible para continuar su cobertura del Plan. Sin embargo, si no queda una tarifa restante en su cuenta de reserva en ese momento, deberá pagar usted mismo sus tarifas para continuar con su cobertura.

Cuando Termina la Elegibilidad

Terminación de Elegibilidad en virtud del Plan

Un empleado dejará de ser una persona elegible, a partir de:

- a. la fecha de entrada en vigencia de una enmienda al Plan que excluya al empleado de la cobertura del Plan,
- b. la falta de pago de los pagos particulares necesarios y/o las tarifas de COBRA,
- c. la fecha en que el empleado cancela voluntariamente la inscripción en el Plan,
- d. la fecha de terminación completa del Plan,
- e. y de la siguiente manera:

Carpinteros Activos: La elegibilidad del Plan para un Carpintero activo y, por lo tanto, su condición como persona elegible, **terminara el último día de un trimestre de elegibilidad si las horas trabajadas** para los empleadores contribuyentes durante el trimestre laboral más reciente termina antes del trimestre de elegibilidad, además de las horas en su cuenta de reserva, **no alcanzan un total de 360 horas** (o si el Carpintero se encuentra todavía sujeto a una regla de elegibilidad alternativa como se describe en “Reglas Alternativas para Carpinteros Activos” al principio de este capítulo, el último día del mes, si las horas trabajadas durante ese mes no alcanzan por lo menos el mínimo de horas establecido en el acuerdo de negociación colectiva).

En tal caso, la legislación conocida como COBRA le concede al Carpintero activo y a sus Dependientes la opción de continuar de manera temporal la cobertura de atención médica a tarifas de grupo por su propia cuenta, siempre que la cobertura sea establecida para una opción médica en base a la información de la inscripción recibida por la Oficina administrativa antes de la fecha de terminación. Consulte “Continuidad de Cobertura mediante COBRA” más adelante en este Capítulo para obtener más información.

Empleados de Categoría Especial: La elegibilidad para un Plan de empleado de clase especial, y por lo tanto el estado del Empleado como persona elegible, **terminara el último día del mes calendario** en el que el **empleado deja de ser integrante de un grupo elegible de empleados de categoría especial.**

Dependiendo de las circunstancias, el empleado y sus Dependientes podrán tener la opción de continuar de forma temporal la cobertura de atención médica en virtud de COBRA por su propia cuenta, siempre y cuando la cobertura sea establecida para una opción médica en virtud del Plan en base a la información de inscripción recibida por la Oficina administrativa antes de la fecha de terminación. Consulte “Continuidad de Cobertura mediante COBRA” más adelante en este Capítulo para obtener más información.

Dependiente(s)

Un dependiente dejará de ser una persona elegible, a partir de:

- a. la fecha en que finaliza la cobertura del empleado (consulte a continuación la excepción para la elegibilidad continua de un dependiente sobreviviente).
- b. el último día del mes en que el hijo cumple 26 años (23 años para el seguro de vida de Dependientes) y ya no cumple con la definición de dependiente (a menos que el hijo sea elegible para continuar como un hijo incapacitado adulto. Si desea obtener más información sobre hijos adultos incapacitados, consulte la subsección titulada “Elegibilidad para Dependientes elegibles” anterior en este capítulo y la definición de “dependiente” en el capítulo del glosario),
- c. la fecha en que el cónyuge del Carpintero activo o el Empleado de categoría especial deja de ser un cónyuge elegible en virtud del Plan,
- d. el último día del mes en que se cancela voluntariamente la inscripción del dependiente en este Plan,
- e. en la fecha de efectiva de una enmienda al Plan que excluya al dependiente de la cobertura del Plan,
- f. la falta de pago de los pagos particulares necesarios y/o las tarifas de COBRA,
- g. en la fecha de terminación completa del Plan.

Dependiendo de las circunstancias, el empleado y sus Dependientes podrán tener la opción de continuar de forma temporal la cobertura de atención médica en virtud de COBRA por su propia cuenta, siempre y cuando la cobertura sea establecida para una opción médica en virtud del Plan en base a la información de inscripción recibida por la Oficina administrativa antes de la fecha de terminación. Consulte “Continuidad de Cobertura mediante COBRA” más adelante en este Capítulo para obtener más información.

Dependientes Sobrevivientes

En caso de fallecimiento de un Carpintero activo: la elegibilidad del dependiente sobreviviente del Carpintero activo continuará durante el período en que el Carpintero activo hubiera permanecido elegible en base a sus horas de trabajo acumuladas al momento de su fallecimiento; a partir de entonces, al dependiente sobreviviente se le puede ofrecer cobertura temporal de COBRA (consulte también la subsección titulada “Disposición especial para Dependientes sobrevivientes” más adelante en la sección COBRA de este Capítulo).

Un dependiente sobreviviente perderá la elegibilidad a partir de:

- a. el final del mes en el que el hijo dependiente sobreviviente ya no cumple con la definición de hijo dependiente según la definición en el capítulo del glosario de este documento;
- b. la fecha en que se vuelve a casar el cónyuge sobreviviente;
- c. la fecha de efectiva de una enmienda al Plan que excluya a un cónyuge sobreviviente o un hijo dependiente sobreviviente de la cobertura del Plan,
- d. la falta de pago de los pagos particulares necesarios y/o las tarifas de COBRA,
- e. la fecha de terminación completa del Plan.

En cualquiera de los casos, la legislación conocida como COBRA le concede al dependiente la opción de continuar de manera temporal la cobertura de atención médica por su propia cuenta. Bajo ciertas circunstancias, el costo de la cobertura de COBRA para Dependientes sobrevivientes podrá ser subsidiado por el Plan. Para obtener más información, consulte “Continuidad de Cobertura mediante COBRA” más adelante en este Capítulo.

Opciones Cuando la Cobertura Termina en Virtud de este Plan

Cuando termina la cobertura de este Plan, usted puede elegir por una de las siguientes opciones:

- a. comprar la continuación temporal de la cobertura de este Plan médico colectivo eligiendo COBRA; o
- b. en cuanto a las opciones de Planes de salud asegurados, puede convertir su cobertura de seguro de salud colectivo en una póliza de seguro individual (cuando lo permita la compañía de seguros); o
- c. puede investigar sus opciones para comprar una póliza de seguro individual para la cobertura de atención médica del **Mercado de Seguros Médicos**.

Además, en el Mercado podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus tarifas mensuales para la cobertura adquirida en el Mercado. Ser elegible para COBRA no limita su elegibilidad para la cobertura de un crédito fiscal a través del Mercado. Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite www.HealthCare.gov. puede reunir los requisitos para una oportunidad de inscripción especial para otro Plan grupal de salud para el que es elegible (por ejemplo, el plan de su cónyuge), si solicita la inscripción dentro de los 30 días en que perdió la cobertura en virtud de este Plan.

Ocasiones en que el Plan puede Terminar su Cobertura por Causa Justificada (Rescisión)

De conformidad con los requisitos de la Ley de Atención Asequible, el Plan no cancelará la cobertura de forma retroactiva (una rescisión), excluyendo cuando las contribuciones del Empleador y pagos por cuenta propia no se paguen a tiempo (en su totalidad), o en los casos en que una persona realice un acto, una práctica u omisión que constituyan fraude o haga una declaración falsa intencional de un hecho importante, que esté prohibida por los términos del Plan, como se detalla a continuación:

- a. El Administrador del Plan o su delegado pueden terminar su cobertura (retroactivamente a la fecha en que usted o su dependiente cubierto realizó o permitió los actos descritos a continuación) y/o la cobertura de cualquiera de sus Dependientes cubiertos por causa justificada 30 días después de que le haya notificado por escrito de haber encontrado que usted o su dependiente cubierto:
 1. **participa en un acto o práctica u omisión de forma tal que constituye un fraude o una tergiversación intencional de un hecho** en cualquier inscripción, reclamo o en cualquier otro procedimiento para obtener cobertura, servicios o beneficios en virtud del Plan. Mantener a un dependiente no elegible inscrito en el Plan (por ejemplo, un excónyuge, cónyuge legalmente separado, hijo dependiente mayor o no elegible, etc.) se considera fraude; o
 2. **permitió que otra persona use la tarjeta de identificación (ID)**, la cual le da derecho a usted o a su dependiente cubierto a la cobertura, servicios o beneficios del Plan; o
 3. **alteró una receta** proporcionada por un médico u otro profesional de la salud.

Si su cobertura es cancelada por cualquiera de los motivos anteriores, esto se realizará retroactivamente (una rescisión) a la fecha en que usted o su dependiente cubierto realizó o permitió los actos descritos anteriormente.

Por ejemplo, mantener a un dependiente no elegible inscrito en el Plan (por ejemplo, un excónyuge, cónyuge legalmente separado, hijo dependiente mayor o no elegible, etc.) se considera fraude.

Debe notificar inmediatamente a la Oficina administrativa, por escrito, sobre cualquier cambio en el estado de elegibilidad de cualquier dependiente inscrito en la cobertura del Plan, como un divorcio u otro evento que resulte en una pérdida de elegibilidad.

Si no se notifica al Plan sobre un cambio de estado, se considerará un acto de omisión que constituye un fraude o una tergiversación intencional de un hecho por parte del participante y el dependiente no elegible. Otras situaciones de fraude o tergiversación intencional de los hechos pueden incluir la falta de presentación de la prueba requerida de la documentación del estado del dependiente o la documentación presentada no confirma que el dependiente es elegible como dependiente para la cobertura de este Plan.

- b. El Administrador del Plan o su delegado pueden terminar su cobertura y/o la cobertura de cualquiera de sus Dependientes cubiertos por una causa 30 días después de que le notifique por escrito que usted o sus Dependientes cubiertos participaron en una **conducta abusiva, obstructiva o perjudicial para un médico o profesional de la salud**. Si su cobertura se termina por este motivo, se cancelará de manera progresiva (prospectiva).
- c. El Administrador del Plan o su delegado pueden finalizar su cobertura y/o la cobertura de cualquiera de sus Dependientes cubiertos por causa suficiente 15 días después de que le notifique por escrito que se ha descubierto que el empleador participante no hizo contribuciones para la cobertura o que no se hicieron los pagos particulares requeridos para la cobertura. En este caso, su cobertura finalizará retroactivamente a la fecha del pago de la tarifa morosa (contribución del Empleador o pago particular). Su cobertura puede suspenderse durante el período de notificación de 15 días.

Preguntas Frecuentes

P. ¿Puedo continuar la cobertura de mi cónyuge después de un divorcio?

R. No.

En el caso de divorcio o anulación, un cónyuge deja de ser elegible a partir de la fecha de la sentencia final de divorcio. Sin embargo, su excónyuge puede tener derecho a una continuación temporal de la cobertura si se envía una notificación del divorcio a la Oficina administrativa dentro de los 60 días a partir de la fecha del divorcio. Consulte “Cobertura de continuación COBRA” más adelante en este capítulo.

Para evitar el pago de las tarifas o de las reclamaciones de su excónyuge no elegible, **que usted tendría que devolver al Fideicomiso**, debe notificar por escrito a la Oficina de Administrativa la disolución o anulación del matrimonio tan pronto como se produzca. Se requerirá una copia del decreto final.

Continuación de Cobertura COBRA

Esta sección explica de modo general cómo usted y su familia podrán continuar temporalmente la cobertura médica conforme al Plan, después de que la cobertura termine de otro modo a causa de un “evento calificado”. En virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985, una ley federal más comúnmente conocida como “COBRA”, se debe ofrecer una continuación de cobertura a cada persona que sea un “beneficiario calificado”.

Un **beneficiario calificado** es un empleado, cónyuge o hijo dependiente que perderá la cobertura del Plan debido a un “evento calificado”.

- Un niño que se convierte en un hijo dependiente por nacimiento, adopción o entrega en adopción respecto del beneficiario calificado cubierto durante un período de continuación de cobertura COBRA, también constituye un beneficiario calificado.
- El hijo de un empleado cubierto que recibe beneficios en virtud del Plan debido a una Orden calificada de manutención médica de menores (QMCSO), durante el período de empleo del empleado, tiene los mismos derechos en virtud de COBRA que un hijo dependiente elegible.
- Una persona que se convierte en el nuevo cónyuge de un participante de COBRA existente durante un período de continuación de cobertura a través de COBRA puede ser incorporado a la cobertura del participante de COBRA existente pero no se convierte en un “beneficiario calificado”. Esto significa que, si el participante existente de COBRA fallece o se divorcia antes del vencimiento del período máximo de cobertura de COBRA, el nuevo cónyuge no tiene derecho a elegir COBRA.

Un **evento calificado** activa la oportunidad de elegir COBRA cuando la persona cubierta **pierde** la cobertura de atención médica en virtud de este Plan. Si una persona cubierta sufre un evento calificado, pero, como resultado, no pierde su cobertura de atención médica en virtud de este Plan (por ejemplo, si el empleado continúa trabajando, aunque tenga derecho a Medicare), entonces COBRA no estará disponible.

Los beneficiarios calificados que eligen por continuar la cobertura mediante COBRA deben pagar tarifas mensuales. El aviso del importe de la tarifa a pagar está incluido en la notificación de la elección mediante COBRA que se le envía a un beneficiario calificado luego de ocurrido el evento calificado.

Este Plan no proporciona mayores derechos a través de COBRA que los exigidos por la ley y nada de lo establecido en este capítulo pretende expandir los derechos de COBRA de una persona.

Otras Alternativas de Cobertura de Salud Diferentes a COBRA

Tenga en cuenta que hay otras alternativas de cobertura de salud diferentes a COBRA y disponibles para usted a través del Mercado de Seguros de Salud (el Mercado ayuda a las personas sin cobertura de salud a encontrar e inscribirse en un Plan de salud).

- Para residentes de California: Consulte el Mercado de seguros de salud de su estado: www.coveredca.com o el Mercado de seguros de salud federal en www.healthcare.gov .
- Para no residentes de California: Consulte el mercado de seguros de salud de su estado o el mercado de seguros de salud federal en www.healthcare.gov .

Además, en el Mercado podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus tarifas mensuales para la cobertura adquirida en el Mercado. Ser elegible para COBRA no limita su elegibilidad para la cobertura de un crédito fiscal a través del Mercado. Además, puede reunir los requisitos para una oportunidad de inscripción especial para otro Plan grupal de salud para el que es elegible (por ejemplo, el plan de su cónyuge) si solicita la inscripción dentro de los 30 días, incluso si el Plan por lo general no acepta inscripciones tardes.

Elegibilidad para COBRA (COBRA: Eventos Calificados)

En el Caso de Empleados

Si es empleado, la continuación de cobertura mediante COBRA está disponible para usted si la cobertura termina de otro modo, debido a uno de los siguientes eventos calificados:

1. sus horas de trabajo cubierto se reducen de modo que usted ya no es elegible para participar en el Plan; o
2. su empleo termina por algún motivo que no sea una falta grave.

En el Caso de un Cónyuge

Si es el cónyuge de un empleado, la continuación de cobertura mediante COBRA está disponible para usted si la cobertura termina de otro modo, debido a uno de los siguientes eventos calificados:

1. El fallecimiento de su cónyuge.
2. La reducción de las horas de trabajo de su cónyuge.
3. La terminación del empleo de su cónyuge por algún motivo que no sea una falta grave.
4. El divorcio o separación legal de su cónyuge.

Caso de Hijos Dependientes

La continuación de cobertura mediante COBRA está disponible para sus hijos Dependientes si la cobertura termina de otro modo, debido a cualquiera de los siguientes eventos calificados:

1. El fallecimiento del padre-empleado.
2. La reducción de las horas de trabajo del padre-empleado.
3. La terminación del empleo del padre-empleado por algún motivo que no sea una falta grave.
4. El divorcio o separación legal de los padres.
5. El hijo deja de ser elegible para la cobertura en virtud del Plan como un “hijo dependiente”.

Período Máximo de la Continuación de Cobertura a través de COBRA

El período máximo de continuación de cobertura de COBRA es generalmente de **18 meses** o **36 meses**, dependiendo del evento calificado ocurrido, medido a partir de la fecha en que la elegibilidad terminaría en virtud de este Plan. (Consulte la Tabla de Duración Máxima a continuación). El período de 18 meses de continuación de cobertura mediante COBRA puede extenderse hasta 11 meses (alcanzando un total de **29 meses**) en ciertas circunstancias (descritas en otra sección de este capítulo sobre la extensión de COBRA en casos de incapacidad).

El período máximo de cobertura de COBRA se puede acortar por las razones descritas en la sección “Terminación de la continuación de cobertura COBRA” que aparece más adelante en este capítulo.

DURACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA MEDIANTE COBRA SEGÚN DIFERENTES EVENTOS DE CALIFICACIÓN		
Evento calificado	Quien puede Continuar la cobertura	Período Máximo de Cobertura de continuación COBRA (medida a partir de la fecha en que de otro modo la elegibilidad terminaría)
Usted (el Carpintero Activo o Empleado de Categoría Especial) pierde la elegibilidad debido a: <ul style="list-style-type: none">• una reducción en sus horas de trabajo cubierto; o• la terminación de sus horas de trabajo cubierto, incluida la jubilación.	Usted, su cónyuge o sus hijos Dependientes cubiertos por el Plan.	18 meses*
Usted (el Carpintero Activo o Empleado de Categoría Especial) muere	Su cónyuge y/o sus hijos Dependientes cubiertos por el Plan	36 meses

DURACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA MEDIANTE COBRA SEGÚN DIFERENTES EVENTOS DE CALIFICACIÓN		
Evento calificado	Quien puede Continuar la cobertura	Período Máximo de Cobertura de continuación COBRA (medida a partir de la fecha en que de otro modo la elegibilidad terminaría)
Usted (el Carpintero Activo o Empleado de Categoría Especial) se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge	Su excónyuge y/o sus hijos Dependientes cubiertos por el Plan	36 meses
Su hijo deja de cumplir con la definición de dependiente elegible del Plan (por ejemplo, debido a la edad)	El hijo dependiente afectado que estaba cubierto por el Plan	36 meses
* La cobertura podrá continuar durante un período adicional de 11 meses (por un total de 29 meses) si usted o un dependiente cubierto sufre una incapacidad según lo determinado por la Administración del Seguro Social, antes o durante los primeros 60 días de la continuación de cobertura mediante COBRA (y usted notifica al Plan adecuadamente). Si usted ya estaba inscrito en Medicare (Parte A o Parte B) cuando sus horas de trabajo cubierto fueron reducidas o terminaron, sus Dependientes podrán continuar con la cobertura mediante COBRA durante 18 meses (29 en el caso de una extensión por incapacidad) a partir de la fecha en que habrían perdido la cobertura debido al evento calificado o 36 meses desde la fecha en que usted se inscribió en Medicare, lo que termine más tarde.		

Tipo de Continuación de Cobertura COBRA

La continuación de cobertura mediante COBRA incluye todos los beneficios de salud actuales conforme al Plan para Carpinteros activos y Dependientes (médicos, medicamentos recetados, dentales y visión). NO incluye beneficios de seguro de vida o por fallecimiento accidental y desmembramiento ni beneficios por incapacidad a largo plazo. El seguro de vida para Dependientes puede continuarse después de la ocurrencia de un evento calificado, como se describe en la Disposición especial para Dependientes sobrevivientes COBRA que aparece más adelante en este Capítulo.

Usted y sus Dependientes podrán **elegir de manera independiente** si desean continuar con la cobertura mediante COBRA.

Selección de Opciones de Cobertura de Salud

Cuando ocurre el evento calificado, un beneficiario calificado de COBRA puede continuar la cobertura solo bajo la opción de salud en la que se inscribió el beneficiario calificado a partir de la fecha en que su cobertura hubiera terminado de otra manera. El beneficiario calificado puede modificar su opción de cobertura de salud solo durante el período de inscripción abierta anual regular del Fideicomiso, como se explica en “Inscripción” (“Cuándo Hacer sus Selecciones de Cobertura”) anteriormente en este Capítulo.

Por ejemplo, alguien que está inscrito en la opción médica del Plan Kaiser desde la fecha en que, por algún motivo, la cobertura termina, podrá continuar la cobertura mediante COBRA solo en virtud de tal Plan médico Kaiser hasta el siguiente período anual de inscripción abierta, momento en el cual puede realizarse un cambio en la cobertura de salud.

Solo se harán excepciones si alguien está inscrito en un Plan médico HMO o en un Plan dental dentro de la red y se mueve fuera del área de servicio.

IMPORTANTE: Requisitos de Notificación

a. **Divorcio o Separación Legal o Pérdida de la Condición de Dependiente por Parte de un Hijo**

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura mediante COBRA a los beneficiarios calificados **solo después** de que la Oficina administrativa haya sido notificada en el domicilio establecido, inmediatamente a continuación de que haya ocurrido un evento calificado.

Cuando el evento calificado es el divorcio o la separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un hijo dependiente, **el Carpintero activo, el Empleado de categoría especial, el cónyuge u otro dependiente debe notificar por escrito a la Oficina administrativa** de un divorcio o una separación legal o la pérdida de la condición de dependiente de un hijo conforme al Plan **dentro de los 60 días** a partir de la última de las siguientes fechas: la fecha en que ocurrió el evento o la fecha en que se perdería la cobertura como resultado del evento.

La Notificación a COBRA del evento calificado se debe enviar a la siguiente dirección:

Administración Corporativa de Carpinteros del Sudoeste
ATTN: COBRA Department
533 South Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706

Si la Oficina administrativa no recibe notificación por escrito dentro de los 60 días del evento calificado, la cobertura del participante bajo el plan que está terminando no tendrá derecho a continuar la cobertura mediante COBRA.

b. Fallecimiento, Terminación del Empleo, Reducción de Horas

Un Empleador debe notificar a la Oficina administrativa sobre el fallecimiento de un Carpintero activo o de un Empleado de categoría especial o la terminación de un empleo de un Empleado de categoría especial dentro de los **30 días** que ocurrido el evento. (Se sugiere que un miembro de la familia también se comuniquen con la Oficina administrativa en caso del fallecimiento del empleado).

La Oficina administrativa determinará si ha habido una terminación de empleo o una reducción de horas calificaría a un Carpintero activo o Empleado de categoría especial para la continuación de cobertura mediante COBRA.

RECORDATORIO: El hecho de no notificar a la Oficina administrativa a tiempo puede poner en peligro los derechos de una persona a la cobertura de COBRA.

Requisitos de Inscripción de COBRA

Cuando la Oficina administrativa reciba notificación de un evento calificado, se enviarán por correo, al beneficiario calificado, los formularios necesarios para inscribirse en la continuación de la cobertura mediante COBRA. Un beneficiario calificado de COBRA podrá inscribirse en la continuación de cobertura COBRA completando el formulario de “Elección/Rechazo” que le fuera provisto por la Oficina administrativa **dentro de los 60 días** a partir de:

- la fecha en que la cobertura habría terminado, o
- la fecha en que la Oficina administrativa envió por correo el formulario de Elección/Rechazo de COBRA al beneficiario calificado (si es después).

Si el formulario de elección/rechazo no es correctamente completado y enviado a la Oficina administrativa dentro del plazo especificado anteriormente, las personas que eran elegibles y la cobertura en virtud del Plan está terminando **no tendrán derecho** a continuar con la cobertura mediante COBRA, según lo dispuesto en “Derechos Especiales de Inscripción en COBRA” más adelante en este Capítulo.

Duración de la Continuación de Cobertura mediante COBRA

En el caso de que un beneficiario calificado elija y realice el pago apropiado para la continuación de cobertura mediante COBRA, la continuación de la misma comenzará en la fecha en que la cobertura en virtud del Plan de otro modo habría terminado. La continuación de cobertura mediante COBRA es una continuación temporaria de la cobertura, como se indica a continuación:

- Cuando el evento calificado es el fallecimiento del empleado, un divorcio o separación legal o un hijo dependiente que pierde la elegibilidad como hijo a su cargo, la continuación de cobertura mediante COBRA tiene una duración de hasta **36 meses**.

- Cuando el evento calificado es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo y esto provoca que el empleado no sea elegible para los beneficios, la continuación de cobertura mediante COBRA tiene una duración de hasta **18 meses**.

Extensión de la duración de COBRA: Hay dos formas principales en las que se puede extender un período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA.

a. **Extensión del período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA por motivos de incapacidad**

Si la Administración de Seguro Social determina que usted o algún miembro de la familia con cobertura del Plan sufre una incapacidad en cualquier momento durante los primeros 60 días de continuación de cobertura mediante COBRA y usted lo notifica a la Oficina administrativa a tiempo, usted y toda su familia podrán recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura mediante COBRA, por un máximo total de **29 meses**.

Debe asegurarse de que la Oficina administrativa reciba notificación de la determinación de la Administración de Seguro Social dentro de los 60 días de la fecha de la determinación y antes de la terminación del período de 18 meses de continuación de cobertura mediante COBRA.

Esta notificación debe enviarse a tiempo a la Oficina administrativa junto con una copia de la determinación de la incapacidad para preservar sus propios derechos y los de su familia a la extensión de la continuación de cobertura por incapacidad.

El hecho de no notificar al Plan a tiempo puede poner en peligro los derechos de una persona a la cobertura extendida de COBRA.

- El costo de la continuación de cobertura mediante COBRA durante el período adicional de 11 meses de la misma **puede ser un 50% más alto que el costo de la cobertura durante el primer período de 18 meses**.
- La Oficina administrativa también debe ser notificada dentro de los 30 días de la determinación por parte de la Administración del Seguro Social de que ya **no está incapacitado**.
- En todo caso, nadie tiene derecho a la continuación de cobertura COBRA por más de un total de 36 meses.

RECORDATORIO: Para obtener una extensión de la cobertura COBRA de 18 meses a 29 meses en relación con una incapacidad, deben cumplirse todos los siguientes requisitos:

- 1) El evento calificado de COBRA es la terminación del empleo del empleado o la reducción de horas del empleado, lo que causa la pérdida de la cobertura.
- 2) La Administración del Seguro Social (SSA) determina que el beneficiario calificado sufrió la incapacitación en un momento anterior o durante los primeros 60 días de un período de 18 meses de cobertura COBRA (y no se ha determinado que ya no está incapacitado entre la fecha de la determinación de la incapacidad y el primer día de cobertura COBRA).
- 3) El beneficiario calificado notifica al Plan sobre la determinación de la Administración del Seguro Social (SSA) dentro del último de uno estos plazos:
 - Dentro de los 60 días de la elección de COBRA si la fecha de entrada en vigencia de determinación de la incapacidad por parte de la SSA fue antes o durante la fecha del evento calificado de COBRA, o
 - Dentro de los 60 días de la fecha en que el beneficiario calificado recibió el aviso de determinación de la incapacidad por parte de la Administración del Seguro Social (SSA), si la fecha de entrada en vigencia de incapacidad de la SSA fue antes de la inscripción en COBRA.

4) El beneficiario calificado notifica al Plan de la determinación de la Administración del Seguro Social (SSA) antes del final del período de cobertura de COBRA de 18 meses.

Si no se siguen estos puntos, el Plan no está obligado a extender la duración de COBRA de 18 a 29 meses.

b. Segundo Evento Calificado para la Extensión del Período de 18 meses de Continuación de Cobertura COBRA

Un cónyuge y un hijo dependiente que ya tienen cobertura COBRA y luego experimentan un segundo evento calificado, pueden tener derecho a extender su cobertura COBRA de 18 o 29 meses, por un total de **36 meses** de cobertura COBRA. Esta extensión está disponible para el cónyuge y los hijos Dependientes si el ex empleado fallece o se divorcia o se separa legalmente. La extensión también está disponible para un hijo dependiente, cuando en virtud del Plan deja de ser elegible como un hijo dependiente.

En todos estos casos, usted debe asegurarse de que la Oficina administrativa reciba la notificación del segundo evento calificado dentro de los 60 días del evento. Esta notificación debe enviarse a tiempo a la Oficina administrativa para proteger los derechos de su familia a la extensión de la continuación de cobertura. El hecho de no notificar al Plan a tiempo puede poner en peligro los derechos de una persona a la cobertura extendida de COBRA.

Este período extendido de continuación de la cobertura COBRA no está disponible para ninguna persona que se haya convertido en cónyuge después de la terminación del empleo o la reducción de horas. Este período extendido de la continuación de cobertura COBRA está disponible para todos los niños nacidos, adoptados o entregados en adopción al empleado cubierto durante el período de 18 meses de la continuación de cobertura COBRA.

Costo y Pago de la Continuidad de Cobertura mediante COBRA

Los beneficiarios calificados para COBRA deben pagar la continuación de cobertura COBRA. El costo de la cobertura se basa en los costos del Fideicomiso para dar cobertura a los empleados y Dependientes elegibles. Las tarifas actuales de pago particular se incluyen en el material de inscripción de COBRA enviado por la Oficina administrativa a los beneficiarios calificados de COBRA.

Opciones para el Pago Particular de las Tarifas de COBRA

Los pagos de las tarifas de COBRA deben realizarse mediante un **giro postal** o un **cheque cajero**. No se aceptan los cheques personales.

Fecha de Vencimiento del Pago Particular Inicial de las Tarifas de COBRA

El pago particular inicial para la continuación de cobertura COBRA debe ser enviado a la Oficina administrativa **dentro de los 45 días** desde la fecha de elección del beneficiario calificado de COBRA. El pago inicial debe cubrir la cantidad de meses desde la fecha en que la cobertura de otro modo habría terminado, incluido el mes en el que se realiza el pago inicial.

El pago mediante giro postal o cheque cajero debe enviarse o entregarse al:

Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar
ATTN: COBRA Department
533 South Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706

Si el pago particular inicial de COBRA en la cantidad debida no se envía a la Oficina administrativa dentro del plazo de 45 días descrito anteriormente, la elección de la continuación de cobertura mediante COBRA será terminada automáticamente y se

considerará no válido y la cobertura del participante en virtud del Plan es terminado, no tendrá derecho a continuar la cobertura en virtud de COBRA.

Ejemplo: Su cobertura termina el 1 de febrero. La Oficina administrativa recibe su formulario de elección de COBRA completado el 3 de marzo. El pago de su tarifa inicial de COBRA debe ser enviado a la Oficina administrativa antes del 17 de abril (entregado personalmente o con sello postal). Si usted envía su pago el 17 de abril, la cantidad de su pago debe cubrir por lo menos tres (3) meses de cobertura (febrero, marzo y abril). Ya que los pagos subsiguientes se deben enviar por correo antes del día 20 del mes anterior a cada mes de cobertura, en este ejemplo, sería recomendable que su pago también incluya la cantidad debida por la cobertura de mayo.

Fecha de Vencimiento para Pagos Subsiguientes de Tarifas COBRA

Una vez realizado el pago particular inicial como se indica anteriormente, los pagos particulares se deben hacer mensualmente para continuar con la cobertura COBRA. **Los pagos mensuales deben enviarse por correo a la Oficina administrativa** (a la dirección indicada anteriormente) **antes del día 20 del mes anterior a cada mes de cobertura** para evitar problemas de elegibilidad y posibles retrasos en los pagos de reclamaciones.

Si la Oficina administrativa no recibe un pago mensual de la tarifa de COBRA dentro de los 30 días del inicio del mes de cobertura, la continuación de cobertura COBRA terminará a partir del final del período para el cual se ha realizado el pago. **Una vez terminada, la cobertura COBRA no puede ser restablecida.**

Preguntas Frecuentes

P. ¿Recibiré una factura mensual de COBRA?

R. No, la Oficina administrativa no enviará facturas mensuales ni notificaciones de advertencia. Es responsabilidad del beneficiario calificado de COBRA realizar los pagos a su vencimiento. Sin embargo, la Oficina administrativa le notificará por escrito cuando termine su continuación de cobertura COBRA.

Confirmación de la Cobertura Antes de la Elección o del Pago para la Continuación de Cobertura COBRA

Si un proveedor de atención médica solicita la confirmación de la cobertura, y usted, su cónyuge o hijos Dependientes han elegido la continuación de cobertura COBRA y la cantidad requerida para la continuación **no ha** pagado y el período de gracia de 45 días aún está vigente, **o** si usted, su cónyuge o hijo(s) dependiente(s) se encuentran dentro del período de elección de COBRA de 60 días, pero aún no han elegido a COBRA, entonces se confirmará la continuación de cobertura COBRA.

Además, esta confirmación informará al proveedor de atención médica que:

- no se ha pagado el costo de la continuación de cobertura COBRA,
- no se pagarán reclamaciones hasta que se hayan recibido la cantidad debida, y
- la continuación de cobertura COBRA terminará de forma efectiva a partir de la fecha de vencimiento de cualquier cantidad no pagada, si el pago de la cantidad debida no se recibe al finalizar el período de gracia.

Pago mensual de la tarifa insuficiente: ¿Qué sucede si el pago completo de la tarifa de COBRA no se realiza al momento del vencimiento?

Si la Oficina administrativa recibe el **pago de una tarifa de COBRA que no corresponde a la cantidad debida**, la Oficina administrativa determinará si el pago de la tarifa de COBRA es déficit en una cantidad significativo o no.

Se considerará que el pago de una tarifa es **significativamente** déficit al pago requerido de la tarifa si el déficit **excede** \$50 o el 10% del pago de la tarifa de COBRA requerido, lo que sea menor.

- **Si hay un déficit de significativo de la tarifa**, la continuación de la cobertura COBRA finalizará a partir de la fecha en que se realizó el último pago completo de la tarifa de COBRA.
- **Si no hay un déficit significativo de la tarifa**, la Oficina administrativa notificará al beneficiario calificado de la cantidad insuficiente y concede un período razonable de 30 días para pagar el déficit.

Si el déficit se paga en el período de 30 días, la continuación de cobertura COBRA permanecerá vigente durante el mes en que ocurrió el déficit.

Si el déficit no se paga en el período de 30 días, la continuación de la cobertura de COBRA finalizará a partir de la fecha en que se realizó el último pago completo de la tarifa de COBRA (lo que puede dar lugar a la finalización de la cobertura de COBRA a mediados de mes).

Disposición Especial para Dependientes Sobrevivientes en Relación con COBRA

Si un Carpintero activo, mientras es elegible conforme al Plan en virtud de las horas de trabajo, fallece como resultado de un evento laboral ocurrido mientras se encontraba trabajando para un Empleador contribuyente, los Dependientes sobrevivientes del Carpintero activo tendrán derecho a un subsidio de su tarifa de COBRA mediante pago particular, en caso de que elijan a tiempo la cobertura mediante COBRA como resultado del evento calificado.

En el caso de tal elección, los Dependientes sobrevivientes no tendrán que hacer pagos de tarifas por la cobertura de COBRA hasta el primer día del mes siguiente a:

- a. el vencimiento de 24 meses después del evento calificado,
- b. el nuevo matrimonio del cónyuge sobreviviente, o
- c. que el hijo Dependiente sobreviviente ya no cumpla con la definición del Plan de hijo dependiente (consulte el capítulo del glosario).

Nada en esta disposición se interpretará como una extensión de la continuación de cobertura COBRA del dependiente sobreviviente en virtud del Plan, más allá de la fecha en que la cobertura de otro modo habría terminado si no existiera esta disposición especial de dependiente sobreviviente.

Un dependiente sobreviviente o su tutor legal deben **notificar por escrito a la Oficina administrativa el nuevo matrimonio del cónyuge sobreviviente o el cese de la condición de dependiente** dentro de los diez (10) días del tal evento. **No hacerlo** dará lugar a la pérdida inmediata de la condición de Persona Elegible y someterá a la parte responsable de la notificación a la obligación contractual (a cambio de la aceptación del estado de persona elegible) de reembolsar al Fideicomiso los beneficios recibidos y los costos (incluidos los honorarios razonables de abogados) del cobro de los beneficios.

La Oficina administrativa no enviará notificación a ninguno de los Dependientes sobrevivientes con respecto al requisito de comenzar el pago particular de las tarifas de COBRA, excepto en el momento de la elección original de COBRA a la Oficina administrativa. En ese momento, se

enviará una notificación que describe los requisitos para el pago de las tarifas siguientes a la finalización del período de subsidio.

Los beneficios de seguros de vida de Dependientes continuarán siendo proporcionados a un dependiente sobreviviente durante los meses que la tarifa de pago particular de COBRA es subsidiada conforme a esta disposición especial.

Derechos de Inscripción en COBRA

Inscripción Abierta

El período de inscripción abierta se lleva a cabo cada año (la Oficina administrativa envía por correo un anuncio explicando cuándo comenzará el período de inscripción abierta y la duración del tiempo para la inscripción abierta). Los beneficiarios calificados para COBRA tienen derecho a participar en la inscripción abierta. En ese momento, un beneficiario calificado de COBRA puede cambiar (agregar o eliminar) las opciones de cobertura médica, dental y/o de la visión, siempre que los cambios estén permitidos de manera similar para los empleados activos.

Hay tres **oportunidades de inscripción especial para los beneficiarios de COBRA**, que se explican a continuación:

a. Nuevos Dependientes incorporados durante la cobertura COBRA.

Si usted adquiere un nuevo dependiente a través de matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción mientras está inscrito en la continuación de cobertura COBRA, podrá agregar al dependiente a su cobertura.

- Un niño que se convierte en un hijo dependiente por nacimiento, adopción o entrega en adopción respecto al beneficiario calificado cubierto durante un período de continuación de cobertura COBRA también constituye un beneficiario calificado con derechos en virtud de COBRA como hijo dependiente elegible.
- El hijo de un empleado cubierto que recibe beneficios en virtud del Plan debido a una Orden calificada de manutención médica de menores (QMCSO), durante el período de empleo del empleado, tiene los mismos derechos en virtud de COBRA que un hijo dependiente elegible.
- Una persona que se convierte en el nuevo cónyuge de un participante de COBRA existente durante un período de continuación de cobertura a través de COBRA puede ser incorporado a la cobertura del participante de COBRA existente pero no se convierte en un “beneficiario calificado”. Por ejemplo, si le quedan cinco meses de cobertura mediante COBRA y se casa, podrá inscribir a su nuevo cónyuge legal por cinco meses de cobertura mediante COBRA. Si el participante existente de COBRA fallece o se divorcia antes del vencimiento del período máximo de cobertura de COBRA, el nuevo cónyuge no tiene derecho a elegir COBRA.

Para inscribir a su nuevo dependiente para la cobertura mediante COBRA, debe notificar a la Oficina administrativa sobre la incorporación del nuevo dependiente dentro de los **31 días** de la adquisición del nuevo dependiente mediante matrimonio, nacimiento o adopción. Podrá haber un cambio en la cantidad de su tarifa de COBRA para cubrir al nuevo dependiente.

b. Pérdida de Cobertura de un Plan Médico Colectivo.

Si, mientras está inscrito en la continuación de cobertura COBRA, su cónyuge o dependiente **pierden la cobertura en virtud de otro Plan médico colectivo**, usted podrá inscribir al cónyuge o hijo dependiente para recibir cobertura por el resto del período de la continuación de cobertura mediante COBRA. El cónyuge o hijo dependiente deben haber sido elegibles para la cobertura de COBRA, pero no haber estado inscritos. Cuando se ofreció y se rechazó la inscripción en COBRA, el cónyuge o hijo dependiente deben haber estado cubiertos por otro

Plan médico colectivo o haber tenido otra cobertura de seguro médico.

Debe inscribir al cónyuge o hijo dependiente **dentro de los 31 días** de la terminación de la otra cobertura. La incorporación de un cónyuge o hijo dependiente podrá causar un aumento en la cantidad que usted debe pagar por la continuación de cobertura COBRA.

La pérdida de la cobertura debe ser a causa de: 1) agotamiento de la continuación de cobertura COBRA en virtud de otro Plan; 2) pérdida de elegibilidad para la cobertura; 3) terminación de las contribuciones del Empleador a la otra cobertura; 4) moviéndose fuera del área de servicio de un Plan Médico HMO si la cobertura de la HMO terminó por ese motivo y, en el caso de una cobertura colectiva, no hay otra opción disponible en virtud del otro Plan; o 5) el otro Plan deja de ofrecer cobertura a un grupo de personas en situación similar.

La pérdida de elegibilidad no incluye una pérdida debido la falta del pago a tiempo de tarifas por parte de la persona o del Participante o la terminación de la cobertura con causa justificada.

c. Eventos de Medicaid o CHIP.

Si un beneficiario calificado o sus Dependientes pierden la cobertura a través de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Para Niños (CHIP), o se vuelven elegibles para un programa de asistencia con el pago de una tarifa a través de Medicaid o de CHIP, el beneficiario calificado podrá inscribirse o inscribir a sus Dependientes para la continuación de la cobertura mediante COBRA por lo que falta del período de continuación de cobertura mediante COBRA. El beneficiario calificado o el dependiente deben haber sido elegibles para la cobertura mediante COBRA a partir de la fecha del evento calificado inicial, pero no deben haber sido inscritos.

El beneficiario calificado debe inscribirse y/o inscribir a su dependiente dentro de los **60 días** después de la fecha de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o la fecha en que se determina que el beneficiario calificado o sus Dependientes son elegibles para recibir asistencia con el pago de una tarifa a través de Medicaid o CHIP, el que sea aplicable.

Crédito Tributario de Cobertura de Salud (HCTC)

La Ley de Comercio de 2002 creó un crédito fiscal (llamado Crédito Fiscal de Cobertura Médica o HCTC) para ciertas personas que se vuelven elegibles para recibir la asistencia por ajuste en el comercio y para ciertos empleados jubilados que reciben pagos de pensión de la Corporación de Garantía de Beneficios de Pensión (PBGC). Las personas elegibles pueden tomar un crédito fiscal u obtener un pago por adelantado del 72.5% de las tarifas pagadas por un seguro médico calificado, incluido COBRA. Si bien el HCTC expiró el 1 de enero del 2014, se restableció para ser efectivo durante los períodos de cobertura hasta 2019. Para obtener más información, visite www.irs.gov/HCTC.

Terminación de la Continuidad de la Cobertura mediante COBRA

Después de haberla elegido, la continuación de la cobertura mediante COBRA terminará si ocurre **cualquiera** de los siguientes eventos:

- a. El primer día del mes por el cual usted no envía el pago de la tarifa de COBRA **en su totalidad y dentro del plazo requerido**.
- b. La fecha en que termina el Plan.
- c. La fecha, después de la fecha de elección de COBRA, en que usted o su dependiente elegible primero obtienen cobertura de otro Plan médico colectivo y ese Plan no contiene ninguna exclusión legalmente aplicable o limitación, con respecto a una condición preexistente que la persona cubierta pudiera tener. Si cree que esta excepción se aplica a usted, comuníquese con la Oficina administrativa de inmediato y el personal le informará sobre la documentación

necesaria.

- d. La fecha, después de la fecha de elección de COBRA, en que usted o su dependiente elegible adquieren por primera vez el derecho a Medicare (generalmente a los 65 años).
- e. La fecha en que el Empleador contribuyente que empleó por última vez al Carpintero activo o al Empleado de categoría especial, antes del evento calificado, deja de hacer contribuciones al Plan y establece uno o más planes médicos colectivos que cubren a una cantidad significativa de los empleados del Empleador anteriormente cubiertos por este Plan o comienza a hacer contribuciones a otro Plan de empleadores múltiples que es un Plan médico colectivo.
- f. (En el caso de los beneficiarios calificados de COBRA cubiertos por la extensión especial de 11 meses para personas con incapacidad) cuando la extensión especial de 11 meses expira o, en caso de ser antes, 30 días después del mes en que el Seguro Social determina que ha cesado la incapacidad del beneficiario. El beneficiario calificado de COBRA debe notificar de inmediato a la Oficina administrativa al recibir la determinación del Seguro Social.

Notificación de la Terminación Anticipada de la Continuación de la Cobertura COBRA

El Plan notificará al beneficiario calificado si la cobertura de COBRA se termina antes del final del período máximo de cobertura aplicable al evento calificado y que dio derecho a la persona a la cobertura de COBRA. Este aviso por escrito explicará el motivo por el cual la cobertura de COBRA terminó antes del período máximo, la fecha en que terminó y cualquier derecho que el beneficiario calificado pueda tener en virtud del Plan para elegir una cobertura alternativa o de conversión. El aviso se proporcionará tan pronto como sea posible después de que la Oficina administrativa determine que la cobertura de COBRA terminará de forma anticipada.

Una vez que la cobertura de COBRA terminó de forma anticipada, no puede ser restablecida.

Aviso de Falta de Disponibilidad de la Cobertura de COBRA

En caso de que el Plan sea notificado de un evento calificado, pero determine que una persona no tiene derecho a la cobertura COBRA solicitada, la Oficina administrativa le enviará a la persona una explicación que indique el motivo por el cual la cobertura COBRA no está disponible. Este aviso de indisponibilidad de la cobertura COBRA se enviará en función del mismo plazo que el aviso de elegibilidad de COBRA.

Ley COBRA de California (Aplicable solo a los Participantes de una HMO en California)

Si usted es un participante de COBRA inscrito en una HMO de California, una ley de California conocida como “Cal-COBRA” tiene dos disposiciones que pueden extender la cantidad de tiempo que podrá continuar con la cobertura. Estas leyes solo se aplican a su cobertura médica HMO:

Si su evento calificado ha sido una reducción o terminación de sus horas de trabajo cubierto y usted utiliza los 18 meses de continuación de la cobertura mediante COBRA normalmente disponibles después del evento calificado (o los 29 meses disponibles en el caso de incapacidad), podrá continuar su cobertura médica HMO durante un período adicional de 18 meses (o 7 meses adicionales en el caso de una incapacidad). Para aprovechar las ventajas de cualquiera de estas disposiciones, su continuación de cobertura debe ser a través del mismo Plan Médico HMO. Para obtener más información, comuníquese con su Plan Médico HMO.

Conversión a Cobertura Individual (Aplicable solo a los Participantes de una HMO)

En ciertas circunstancias, los empleados y los familiares elegibles, que la cobertura a través de un Plan Médico HMO termine, podrán adquirir una cobertura de conversión individual a través de su HMO sin certificado de asegurabilidad. Las personas deben solicitar a la HMO la cobertura de conversión y pagar la tarifa dentro de los **31 días** de la pérdida de su cobertura. Para aprovechar las

ventajas de esta disposición, su cobertura individual deberá ser a través del mismo Plan médico HMO. Para obtener más información, comuníquese con su HMO.

Apelación de una Determinación Adversa relacionada con COBRA

Si una persona recibe una determinación adversa (denegación) relacionada con una solicitud de elegibilidad para COBRA (como con una notificación de no disponibilidad de COBRA), una solicitud de extensión de COBRA por una incapacidad, una solicitud de extensión de COBRA para un segundo evento calificado, o un aviso de terminación anticipada de COBRA, la persona puede apelar al Plan.

Para solicitar una apelación, siga este proceso:

- a. Envíe una solicitud de apelación por escrito a la Oficina administrativa dentro de los 30 días a partir de la fecha en que recibió la carta de determinación adversa.
- b. Explique por qué no está de acuerdo con la determinación adversa. Proporcione cualquier información adicional que desea que se tenga en cuenta durante el proceso de apelación. Incluya el nombre y la dirección más actuales de cada persona afectada por la determinación adversa.
- c. **Si se presenta una apelación ante el Plan en un período mayor a 30 días antes de la próxima reunión del Consejo**, la revisión tendrá lugar en la próxima fecha de la reunión del Consejo. **Si se presenta una apelación ante el Plan dentro de los 30 días de la próxima reunión del Consejo**, la revisión del Consejo tendrá lugar, a más tardar, en la segunda reunión posterior a la recepción de la apelación.
- d. Si circunstancias especiales (como la necesidad de celebrar una audiencia) requieren una extensión adicional de tiempo, la revisión del Consejo tendrá lugar en la tercera reunión después de recibir la apelación. Si la extensión es necesaria, el Plan le proporcionará un aviso de extensión que describa las circunstancias especiales y la fecha en que se realizará la determinación del beneficio.
- e. Después de que el Consejo tome su decisión sobre la apelación, será notificado de la determinación del beneficio en la apelación a más tardar 5 días calendario después de que se tome la determinación del beneficio. La respuesta a la apelación se enviará a la dirección proporcionada por la persona que apeló. Esto concluye el proceso de apelación de COBRA.

Tenga en cuenta que un reclamo de reembolso de gastos de salud seguiría los procesos de apelación de reclamos descritos en el capítulo 15 de este documento.

Mantenga a su Plan Informado sobre los Cambios de Domicilio

Con el fin de proteger los derechos de su familia, usted debe mantener a la Oficina administrativa informada sobre cualquier cambio en los domicilios o la condición de Dependientes de sus familiares, lo que incluye nacimientos, fallecimientos o divorcios. Usted también debe guardar una copia, para sus archivos, de cualquier notificación que envíe a la Oficina administrativa.

Si tiene Preguntas sobre COBRA

Si tiene preguntas acerca de su continuación de cobertura COBRA, comuníquese con el Departamento de Elegibilidad de la Oficina administrativa o con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. Las direcciones y los números telefónicos de las Oficinas Regional y de Distrito de la EBSA están disponibles a través de su sitio web www.dol.gov/ebsa.

RECORDATORIOS IMPORTANTES DE COBRA

- ✓ **No habrá facturas ni recordatorios para los pagos de tarifas de COBRA.**
- ✓ **Usted es responsable de asegurarse de realizar los pagos de tarifas COBRA a la Oficina administrativa por completo y puntualmente.**
- ✓ **Si no realiza un pago periódico de la tarifa de COBRA antes del final del período de gracia para ese período de cobertura, perderá todos los derechos de continuación de la cobertura de COBRA en virtud del Plan.**

Capítulo 4: PLAN MÉDICO ANTHEM PPO (incluida la autorización previa)

Este capítulo incluye información sobre:

- **Cómo funciona el Plan Médico PPO de Anthem**
- **Costo compartido: deducibles anuales, copagos y coseguros**
- **Límite anual de gastos de bolsillo**
- **Autorización previa**
- **Ciertos medicamentos de cobertura obligatoria**
- **Avisos especiales**
- **Lo que está cubierto**

La información descrita en este capítulo solo se le aplica si usted es una persona elegible inscrita en el **Plan Médico PPO de Anthem**. Si, en su lugar, está inscrito en una de las otras opciones de Plan médico, consulte los folletos separados presentados por el Plan Médico HMO para obtener información sobre los beneficios médicos.

¿Cómo funciona el Plan Médico PPO de Anthem?

Gastos Médicos Elegibles

Usted está cubierto por los gastos en los que incurre para la mayoría de los servicios y suministros médicos, pero no para todos. Un gasto cubierto se llama “gasto médico elegible”. Los gastos médicos elegibles generalmente se describen en el Programa de beneficios médicos. Los gastos médicos elegibles son determinados por el Administrador del Plan o su delegado, y están limitados a los siguientes:

- a. **Gastos “medicamento necesarios”**, pero solo en la medida en que los cargos sean “**cargos permitidos**” (tal como se definen en el capítulo del glosario de este documento). El hecho de que un médico recete u ordene el servicio no lo convierte, en sí mismo, en un gasto médico medicamento necesario ni en un gasto cubierto; y
- b. **no incluye los servicios o suministros que están excluidos** de la cobertura (según lo dispuesto en el capítulo 6 de Exclusiones de este documento); y
- c. **no incluye los servicios o suministros que excedan un beneficio máximo del Plan** como se muestra en el Programa de beneficios médicos en el Capítulo 5; y
- d. que fuera ordenado por un médico o profesional de la salud **para el diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad** (excepto cuando el Plan paga los servicios de bienestar/preventivos como se indica en el Programa de beneficios médicos de este documento); y
- e. **los gastos incurridos mientras esté cubierto por este Plan**. Se incurre en un gasto en la fecha en que recibe el servicio o suministro por el cual se realiza el cargo.

En general, **el Plan no le reembolsará todos los gastos médicos elegibles**. Por lo general, tendrá algunos costos compartidos, lo que significa que tendrá que cumplir con ciertos deducibles y pagar algún coseguro, o realizar algunos copagos de gastos médicos elegibles incurridos. Sin embargo, una vez que haya alcanzado el límite de costos compartidos de su bolsillo aplicable a los deducibles,

copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro de la red, no se aplicarán más costos compartidos para el año calendario. El **Plan también exige la autorización previa** (aprobación previa) de ciertos servicios como se explica en este capítulo.

El Plan Médico PPO de Anthem no requiere la selección o designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene la posibilidad de visitar algún proveedor de PPO o fuera de PPO. Sin embargo, los beneficios **del Plan pueden ser generalmente menores cuando se utiliza un Proveedor fuera de PPO**. Tampoco existe ningún requisito de obtener una derivación o autorización previa antes de visitar a un proveedor de servicios de obstetricia/ginecología.

Organización de Proveedores Preferidos “PPO” (Servicios de Proveedores de Atención Médica Dentro de la Red)

Como se observa en el Programa de beneficios médicos en el Capítulo 5, si una persona elegible inscrita en el Plan Médico Anthem PPO obtiene servicios de un proveedor de PPO (es decir, un proveedor contratado por Anthem), el porcentaje de los cargos permitidos a pagar por el Plan suele ser mucho más alto.

Los proveedores de la red también se llaman proveedores de PPO, proveedores preferidos, proveedores contratados o proveedores participantes.

¿Qué significa PPO?

“PPO” significa “Organización de Proveedores Preferidos”. Una PPO es una organización que tiene contratos con hospitales, médicos, laboratorios y otros proveedores de atención médica para proporcionar atención médica a los afiliados elegibles a precios de descuento específicos en comparación con los cargos habitualmente facturados por el proveedor. La PPO lo ayuda a usted y al Fideicomiso a ahorrar dinero.

El Fideicomiso realiza contratos con Anthem Blue Cross para proporcionar acceso a su red PPO de Comprador Prudente en California y la red PPO Blue Card en todas las otras áreas geográficas de los EE. UU.

¿Cómo Funciona la PPO?

Cuando necesite ver a un médico, solo tiene que seleccionar uno de los proveedores preferidos de PPO que figuran en la red de Comprador Prudente de Anthem en www.anthem.com o llamar sin cargo al (833) 224-6930, o puede hacerlo mediante el programa Blue Card llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Antes de su cita, llame al consultorio del proveedor para verificar que aún se encuentre en la red PPO en la fecha en que desea programar la cita. Se le recomienda llevar un registro de la fecha, la hora y el nombre de la persona de la oficina del proveedor con quien habló.

Cuando visite al médico de PPO, muestre al recepcionista su credencial de identificación del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar. Si es derivado a un especialista, hospital, laboratorio o a otro proveedor, recuérdelo a su médico que desea utilizar proveedores de PPO. Si su médico le indica una tomografía axial computarizada, una resonancia magnética, pruebas de laboratorio, equipo médico duradero, cirugía ambulatoria o atención médica domiciliaria, haga que su médico organice las pruebas, el equipo o la atención a través de un proveedor de la PPO.

Ciertos servicios requieren autorización previa (aprobación previa). Consulte la sección “Autorización previa” más adelante en este Capítulo para obtener más información.

Usted no tiene que registrarse con un médico particular o grupo médico de uso exclusivo para sus necesidades médicas. Puede usar los servicios de cualquier proveedor que pertenezca o no a una PPO cuando lo desea, pero sus costos serán más altos si utiliza los servicios de un proveedor fuera de PPO.

¿Por Qué utilizar proveedores de PPO?

Los proveedores de PPO le permiten ahorrar dinero de la siguiente manera:

- Los porcentajes de reintegro de beneficios por sus servicios cubiertos pueden ser mucho más altos cuando utiliza un proveedor de PPO.
- Ciertos límites monetarios establecidos por el Plan, como el límite de \$5,000 para cirugía ambulatoria del hospital, no se aplican cuando se utiliza un proveedor de PPO.
- La función de límite de gastos de bolsillo del Plan se aplica cuando utiliza un proveedor de PPO. La función de límite de gastos de bolsillo no se aplica cuando utiliza un proveedor fuera de PPO. El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máximo que paga en costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) por los beneficios de salud esenciales cubiertos que reciba de los proveedores de la red durante un período de un año (el año calendario) antes de que su Plan Médico PPO de Anthem comience a pagar el 100%.
- Los médicos de PPO y otros proveedores de atención médica dentro de la red han acordado proporcionar servicios y suministros médicos a las personas elegibles a tarifas con descuento específicas, limitando así sus gastos de bolsillo.
- Los proveedores de PPO han acordado enviar sus reclamaciones directamente al Administrador de Reclamaciones para su procesamiento. Simplemente entregue al proveedor su tarjeta de identificación, la cual detalla su dirección de facturación. Una vez que se procese su reclamación recibirá un formulario de Explicación de beneficios (EOB) que indica la cantidad debida al proveedor de PPO (si corresponde).

Proveedores Fuera de la Red

(También llamados proveedores no PPO, no pertenecientes a la red, no preferidos, no participantes o no contratados)

Los proveedores fuera de la red consisten en aquellos que no tienen un contrato con la red del Plan Médico PPO de Anthem y que generalmente no ofrecen ningún descuento en la tarifa al participante del Plan o al Plan mismo.

Los proveedores de atención médica fuera de la red pueden facturarle una cantidad sin descuento por cualquier cantidad debida además del cargo permitido a pagar por el Plan, también llamado Facturación debida. **Para evitar la Facturación debida, use proveedores dentro de la red PPO.**

Aviso importante

Si utiliza un proveedor fuera de la red (no PPO), es probable que sus cargos excedan lo que el Plan permite como pago, excepto en el caso de una emergencia médica en una sala de emergencias. Consulte la definición de “cargos permitidos” y “emergencia” en el Glosario. Además de cualquier costo compartido (como deducibles, copagos y coseguros) en el que incurra al utilizar un proveedor fuera de PPO, también es responsable del pago de todos los cargos que excedan los cargos permitidos del Plan. Esto se aplica a cualquier proveedor fuera de PPO utilizado por cualquier motivo.

Disposiciones Especiales sobre el Reembolso para Proveedores Fuera de la Red

Si recibe tratamiento o está confinado en un centro de la red PPO, pero un proveedor de atención médica fuera de la red (fuera del control del paciente) proporcionó ciertos servicios médicamente necesarios cubiertos (como honorarios profesionales de radiología, anestesia, cirujano asistente, patología, laboratorio y servicios de sala de emergencias), entonces el Plan pagará los reclamos elegibles presentados por el proveedor fuera de la red como si la atención fuera proporcionada por un proveedor PPO dentro de la red. Esto incluye las cantidades aplicables para deducibles, coseguros, copagos y el límite de gastos de bolsillo. La asignación para las facturas se reembolsará

de acuerdo con el cargo permitido para proveedores fuera de la red de PPO. El “cargo permitido” se define en el capítulo de Definiciones de este documento.

El Administrador del Plan o su designado determinarán si las siguientes circunstancias especiales de reembolso se aplican a una reclamación después de que se hayan seguido/investigado los procesos normales de adjudicación de reclamos. Se pueden solicitar registros médicos para ayudar a determinar la necesidad de una disposición especial de reembolso.

Preguntas Frecuentes

P. ¿El Plan me cubrirá la atención médica que reciba en otro país?

R. No, a menos que la atención médica sea por un tratamiento de emergencia recibido mientras está de viaje de negocios o vacaciones. Consulte el Capítulo 6 “Gastos Incurridos Fuera de los Estados Unidos” para obtener más información.

¿Qué es el costo compartido?

El costo compartido se refiere a cómo usted y el Plan dividen el costo de los beneficios cubiertos por el Plan Médico PPO de Anthem. Existen tres tipos de costos compartidos en virtud del Plan Médico PPO de Anthem: deducibles, copagos y coseguros. Estos se explican a continuación con más detalle y en el Programa de beneficios médicos en el Capítulo 5.

Los costos compartidos no se refieren a tarifas/contribuciones para cobertura, cantidades de facturación de debida o gastos médicos no cubiertos/excluidos.

¿Qué es el deducible?

El deducible es la cantidad que usted debe pagar cada año calendario antes de que el Plan comience a pagar los cargos permitidos por los servicios o suministros cubiertos. Existen **dos tipos de deducibles anuales**: un deducible individual y un deducible familiar.

- El **deducible individual** es la cantidad máxima que una persona cubierta debe pagar por gastos médicos elegibles antes de que comiencen los beneficios del Plan para esa persona cubierta.
- El **deducible familiar** es la cantidad máxima que una familia debe pagar antes de que el Plan comience a pagar los gastos médicos elegibles para cualquier miembro de la familia (persona cubierta o dependiente) que aún no haya alcanzado el deducible individual. Una vez alcanzado el deducible familiar para el año, no es necesario que se cumpla el deducible individual para las personas restantes de esa familia en ese año. El deducible familiar se puede alcanzar con cualquier combinación de cantidad de cualquier miembro de la familia.

Existe un deducible anual cuando se usan proveedores dentro de la red y otro deducible anual diferente cuando se usan proveedores que no pertenecen a la red. Tenga en cuenta que los deducibles dentro y fuera de la red **no son intercambiables**, lo que significa que no puede usar una parte del deducible de la red para cumplir con un deducible fuera de la red y viceversa.

La cantidad del deducible del Plan Médico PPO de Anthem se explica en el Programa de beneficios médicos en el Capítulo 5.

Los deducibles se aplican a los gastos médicos elegibles en el orden en que el Plan procesa las reclamaciones. La cantidad aplicada a un deducible es el menor de los cargos facturados o la cantidad considerada como un cargo permitido según este Plan.

Solo se pueden utilizar los gastos médicos elegibles para satisfacer los deducibles del Plan. Como resultado, los gastos médicos no elegibles descritos anteriormente no cuentan para los deducibles, lo que significa que los gastos no cubiertos o los gastos que excedan los cargos permitidos no se pueden utilizar para satisfacer el deducible. (El cargo permitido se define en el capítulo Glosario).

Servicios y Suministros para los Cuales no se Aplica el Deducible

Ciertos gastos médicos elegibles no están sujetos a deducibles. Estos gastos pueden estar cubiertos al 100% por el Plan, o pueden estar sujetos a copagos, como se explica en el Programa de beneficios médicos en el Capítulo 5.

NO es necesario que alcance el deducible antes de que el Plan comience a pagar los beneficios de ciertos servicios explicados en el Programa de beneficios médicos, tales como:

- Servicios de atención preventiva proporcionados por un proveedor de PPO (consulte el Glosario para ver la definición de Servicios de atención preventiva)
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (por ejemplo, venta minorista, pedidos por correo, medicamentos de especialidad)
- Ambulancia para transporte médico de emergencia
- Servicios de telemedicina (cita en línea con un profesional de la salud a través de video chat en vivo)
- Los primeros 30 días de reclusión en un centro de enfermería especializada (SNF)

Disposición de Traslado de Deducible de Fin de Año

Todo gasto cubierto incurrido en los últimos 3 meses de un año calendario que se aplique al deducible también se aplicará al deducible del año siguiente. Esto evita que usted deba alcanzar el deducible al final de un año calendario y luego tenga que alcanzarlo rápido nuevamente en el año siguiente.

Disposición de Deducible Sobre Accidentes Comunes

Si dos o más familiares se lastiman en el mismo accidente, el deducible por todos los cargos permitidos derivados del accidente durante el año calendario en el que se produce el accidente es la cantidad del deducible individual. La cantidad del deducible anual se explica en el Programa de beneficios médicos en el Capítulo 5.

¿Qué es el coseguro?

El **coseguro** se refiere la forma en que usted y el Plan Médico PPO de Anthem dividirán el costo de ciertos gastos médicos cubiertos. Una vez que haya alcanzado su deducible anual, el Plan generalmente paga un porcentaje de los gastos médicos elegibles, y usted (no el Plan) es responsable de pagar el resto. La parte que usted paga se llama coseguro. El coseguro relacionado con un beneficio cubierto se describe en el Programa de beneficios médicos.

Si utiliza los servicios de un proveedor de atención médica que es miembro de la red PPO del Plan (un proveedor de la red), usted deberá pagar menos dinero (menos coseguro) de su bolsillo.

¿Qué es un copago?

Un **copago** es una cantidad fija en dólares que usted (y no el Plan) es responsable de pagar cuando incurre en ciertos gastos médicos elegibles. Los copagos del Plan se indican en el Programa de beneficios médicos. Los copagos se **acumulan** para cumplir con el Límite anual de gastos de bolsillo en virtud del Plan Médico PPO de Anthem (consulte la sección sobre Límite de gastos de bolsillo a continuación).

¿Cuál es el límite anual de gastos de bolsillo?

El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máximo que paga en costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) por los beneficios de salud esenciales cubiertos que reciba de los proveedores de la red durante un período de un año (el año calendario) antes de que su Plan Médico PPO de Anthem comience a pagar el 100%.

Según el Plan Médico PPO de Anthem, existen dos Límites anuales de gastos de bolsillo personales: uno para los beneficios del Plan médico que no incluyen medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y un Límite de gastos de bolsillo diferente solo para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. En conjunto, estos límites no exceden el Límite total de gastos de bolsillo establecido por las regulaciones federales de la Ley de cuidado de la salud asequible (ACA). La cantidad del límite anual de gastos de bolsillo se explica en el Programa de beneficios médicos en el Capítulo 5.

Los gastos cubiertos se aplican al límite de gastos de bolsillo en el orden en que el Plan procesa las reclamaciones elegibles. El límite familiar de gastos de bolsillo acumula costos compartidos para cualquier miembro de la familia cubierto. Sin embargo, no se requerirá que ninguna persona de la familia acumule una cantidad mayor al límite anual de gastos de bolsillo “por persona en una familia” de este Plan (como se explica en el Programa de beneficios médicos).

No hay un límite de gastos de bolsillo para el uso de proveedores fuera de la red (no PPO), excepto que los servicios de emergencia realizados en una sala de emergencias fuera de la red se acumularán para cumplir con el límite de gastos de bolsillo de la red.

Los siguientes gastos no se acumulan para cumplir con el límite anual de gastos de bolsillo:

- a. Todos los servicios y suministros provistos por proveedores que no pertenecen a la PPO (fuera de la red), excepto en los casos que involucran servicios de emergencia realizados en una sala de emergencias fuera de la red que se acumulan dentro del límite de gastos de bolsillo dentro de la red.
- b. Los gastos que no se consideran beneficios esenciales para la salud (definidos en el capítulo del Glosario), como la manipulación vertebral/tratamiento quiropráctico.
- c. Tarifas y/o pagos particulares de contribuciones para la cobertura.
- d. Cantidades que usted paga por servicios no cubiertos.
- e. Cargos que exceden lo que permite el Plan (por encima del cargo permitido, como se define en el capítulo del glosario).
- f. Cargos que exceden los beneficios máximos del Plan Médico PPO de Anthem.
- g. Gastos del Plan Dental o del Plan de Visión
- h. Cualquier costo compartido bajo el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no se aplica al límite de desembolso directo del Plan Médico PPO de Anthem, **pero sí se aplica** para cumplir con el límite de desembolso directo de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por separado.

El límite de desembolso directo del Plan Médico PPO de Anthem no incluye/acumula beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, mientras que el límite de gastos de bolsillo de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no incluye/acumula otros beneficios del Plan médico.

El límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no acumula los costos de medicamentos relacionados con las cantidades que paga por los

medicamentos recetados obtenidos en farmacias minoristas sin cita previa, después del segundo suministro de un medicamento de mantenimiento.

Consulte el Capítulo 5 para obtener detalles sobre el límite de gastos de bolsillo que se aplica al Plan médico y por separado a los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

Límites Máximos de Beneficios del Plan

Tipos de beneficios máximos del Plan: hay tres tipos de cantidades de máximos de beneficios pagaderos por el Plan Médico PPO de Anthem a cuenta de los gastos médicos incurridos por un participante del Plan cubierto en virtud de este Plan. Estos son: El beneficio máximo de por vida del Plan; el beneficio máximo general limitado del Plan; y el beneficio máximo anual del Plan.

- **Beneficio Máximo de Por Vida del Plan:** un beneficio máximo de por vida del Plan es la cantidad máxima de beneficios pagaderos por este Plan durante todo el tiempo que un participante del Plan está cubierto por este Plan. Una vez que el Plan haya pagado el beneficio máximo de por vida del Plan de una persona cubierta, no se pagarán más beneficios del Plan a cuenta de esa persona.

La descripción del máximo como “máximo de por vida” no significa ni debe interpretarse que significa que el Plan tiene la obligación de pagar los beneficios durante el ciclo de vida del participante del Plan después de que finalice la cobertura.

Los beneficios que incluyen un máximo de por vida se muestran en el Programa de beneficios médicos, como la terapia del habla para pacientes ambulatorios con un máximo de visitas de por vida.

De acuerdo con la ley federal, no existe un máximo de por vida general para los beneficios del Plan Médico PPO de Anthem o para los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

- **Beneficio máximo general limitado del Plan:** ciertos beneficios del Plan están sujetos a limitaciones que no se consideran máximos de por vida o máximos anuales. Este tipo de máximos se definen en este Plan como “máximos generales limitados”. Un ejemplo sería un límite por sesión operatoria para el uso fuera de la red de un centro de cirugía ambulatoria. Los servicios o suministros que están sujetos a los beneficios máximos generales limitados del Plan y las cantidades de estos máximos se detallan en el Programa de beneficios médicos.
- **Beneficio máximo anual del Plan:** los beneficios del Plan para ciertos gastos médicos elegibles están sujetos a los máximos anuales por persona o familia cubiertos para cada año calendario. Una vez que el Plan haya pagado el beneficio máximo anual del Plan por cualquiera de esos servicios o suministros en nombre de una persona o familia cubierta, no se pagarán más beneficios del Plan por tales servicios o suministros a cuenta de esa persona o familia por el resto del año del calendario. Los servicios o suministros que están sujetos a un beneficio máximo anual del Plan se identifican en el Programa de beneficios médicos, como la fisioterapia para pacientes ambulatorios.

Autorización previa

Para proporcionar cobertura de manera efectiva, el Plan ha adoptado un programa de gestión de utilización (UM) diseñado para ayudar a controlar el aumento de los costos de atención médica evitando servicios innecesarios o servicios que son más costosos que otros que pueden lograr el mismo resultado. Al hacer esto, el Fideicomiso puede permitirse mantener el Plan y todos sus beneficios. Si sigue los procedimientos del programa de gestión de utilización del Plan, puede evitar

algunos costos de bolsillo. **Sin embargo, si no sigue estos procedimientos, el Plan ofrece beneficios reducidos y sus gastos de bolsillo aumentarán.**

Se **requiere** autorización previa (aprobación previa) para algunos beneficios del Plan Médico PPO de Anthem para **evitar una sanción económica o la falta de pago.**

Hay tres administradores del Programa de Autorización previa que realizan la autorización previa para el Plan médico: para la autorización previa de los servicios del Plan médico, comuníquese con Anthem Blue Cross al (800) 274-7767 y para la autorización previa de ciertos medicamentos ambulatorios, comuníquese con Express Scripts (ESI) al 1-800-753-2851 o Accredo para medicamentos de especialidad al 1-800-803-2523. Se incluye más información de contacto en la Tabla de referencia al inicio de este documento.

Los profesionales de la salud de estos programas de autorización previa enfocan su análisis en la necesidad y aptitud de los servicios/tratamiento y la necesidad de servicios médicos, quirúrgicos y de medicamentos recetados propuestos. Al cumplir con sus responsabilidades en virtud del Plan, el Administrador del Plan ha concedido autoridad discrecional al programa de autorización previa para determinar si determinado cuidado de atención o tratamiento es médicamente necesario con respecto a la condición del paciente y está comprendido en los términos y disposiciones de este Plan.

Autorización Previa (Aprobación Previa)

La **autorización previa significa** comunicarse con AIM Specialty Health para obtener ciertos beneficios del Plan médico (o para medicamentos, comunicarse con Express Scripts o Accredo Specialty Pharmacy) para proporcionar cierta información **antes de** que se proporcione u obtengan servicios para que estos programas puedan determinar si un tratamiento o servicio propuesto o un medicamento ambulatorio es médicamente necesario y apropiado para usted.

RECORDATORIO: El programa de autorización previa correspondiente debe proporcionar aprobación previa ANTES de que se proporcionen los siguientes tratamientos/ servicios/medicamentos ambulatorios.

Por no obtener la autorización previa implica que no se paguen los beneficios.

Se requiere autorización previa para los servicios detallados en el cuadro a continuación:

LA AUTORIZACIÓN PREVIA ES OBLIGATORIA PARA ESTOS SERVICIOS

Los siguientes servicios y artículos requieren autorización previa comunicándose con el programa de autorización previa a través de AIM Specialty Health (que se encuentra en la Tabla de referencia al frente de este documento).

- a. **Ingresos hospitalarios para pacientes hospitalizados (no de emergencia) para tratamiento médico, quirúrgico, de trasplantes, de salud mental y/o de trastorno por uso de sustancias.** (Nota: para el parto de un niño, se requiere autorización previa solo para estadías en el hospital que duran o se espera que duren más de 48 horas para un parto vaginal y 96 horas para una cesárea).
- b. **Remisión a un proveedor o centro fuera de la red**
- c. **Cirugía bariátrica (reducción de peso)**
- d. **Procedimientos cosméticos**
- e. **Atención médica a domicilio y servicios de terapia de infusión domiciliaria**
- f. **Cuidados Paliativos**
- g. **Servicios hospitalarios y de anestesia en relación con la atención dental**
- h. **Tomografía por emisión de positrones (PET)**
- i. **Ciertos equipos médicos duraderos (DME) que incluyen:** bombas de insulina, sillas de ruedas, dispositivos de movilidad con ruedas, andadores, dispositivos de aumento del habla/generadores de habla, estimuladores del crecimiento óseo, estimuladores eléctricos, dispositivos de compresión torácica de alta frecuencia para el despeje de las vías respiratorias, dispositivos de compresión neumática como los utilizados para linfedema y bipedestadores.
- j. **Servicios de trasplante** que incluyen trabajo de diagnóstico previo al trasplante y cualquier gasto de viaje relacionado con el trasplante.
- k. **Ingreso a un centro de enfermería especializada (SNF) e ingreso de pacientes hospitalizados para rehabilitación**
- l. **Transporte médico que no es de emergencia**
- m. **Aviso:** Los proveedores de la red también tienen una lista de servicios que deben autorizar previamente con su administrador de red contratado.

Los siguientes medicamentos para pacientes ambulatorios requieren autorización previa comuníquese con Express Scripts (ESI) o Accredo Specialty Pharmacy (ambos enumerados en la Tabla de referencia al frente de este documento).

- a. **Ciertos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios requieren autorización previa;** para evitar la falta de pago, comuníquese con Express Scripts.
- b. **Ciertos medicamentos de especialidad para pacientes ambulatorios requieren** autorización previa, para evitar la falta de pago, comuníquese con Accredo Specialty Pharmacy.

La autorización previa no significa que los beneficios son pagaderos en todos los casos. La cobertura depende de los servicios que realmente se proporcionan, su estado de elegibilidad en el momento en que se proporciona el servicio y cualquier limitación de beneficios.

Por no obtener la autorización previa implica que no se paguen los beneficios.

Cuando ocurre un caso de autorización previa, el Programa de Autorización previa correspondiente

le informará si el tratamiento, suministro o medicamento propuesto está cubierto, y si está buscando atención proporcionada por un proveedor de la red. También pueden proporcionarle una explicación de la cantidad de beneficios disponibles para usted.

Cómo Solicitar una Autorización Previa

Tan pronto como su médico proponga cualquiera de los elementos enumerados anteriormente, informe a su proveedor que **requiere la autorización previa de ciertos servicios y medicamentos ambulatorios**.

Usted o su proveedor de atención médica deben llamar al programa de autorización previa correspondiente (consulte la lista de contactos en la página siguiente) para iniciar el proceso de autorización previa.

1. **La autorización previa para los servicios electivos (que no sean de emergencia) debe iniciarse a través del programa de autorización previa correspondiente, al menos 10 días antes de la fecha prevista de servicio o la fecha de comienzo del medicamento.**
2. Esté preparado para proporcionar la siguiente información completa al programa de autorización previa correspondiente: el nombre del Fideicomiso, el nombre del empleado, y el nombre del paciente, la dirección y el número de teléfono y el número de seguro social del paciente; el nombre y número de teléfono o dirección del proveedor de atención médica; el nombre de cualquier hospital o centro para pacientes externos o cualquier otro proveedor de atención médica que realizará servicios; el motivo de los servicios, suministros o medicamentos de atención médica; y la fecha propuesta para realizar los servicios, proporcionar los suministros o comenzar los medicamentos.
3. Cuando llame para solicitar la autorización previa, **si el proceso de revisión de autorización previa no se siguió correctamente**, se notificará al solicitante lo antes posible, pero a más tardar 5 días calendario después de la solicitud de autorización previa.
4. Si necesita información adicional, el Programa de autorización previa correspondiente informará al solicitante. El programa de autorización previa apropiado revisará la información proporcionada y se comunicará con usted, con su proveedor de atención médica y con el hospital u otro proveedor de atención médica y el Administrador de reclamos para informar si los servicios de atención médica propuestos fueron aprobados o no.

El programa de autorización previa correspondiente generalmente le dará una respuesta al proveedor de atención médica tratante **por teléfono dentro de los 3 días hábiles (pero a más tardar después de 15 días calendario) tras la recepción de la solicitud con autorización previa y de cualquier registro o información médica requerida**, y la decisión será confirmada por escrito.

5. **Tenga en cuenta que una autorización previa aprobada no garantiza el pago de los beneficios.** Esto puede ocurrir por diversos motivos, como los siguientes: la información presentada durante el proceso de autorización previa varía de los servicios reales provistos en la fecha del servicio, el servicio provisto no es un beneficio cubierto y/o usted no es elegible para los beneficios en la fecha real de servicio.
6. Si su ingreso, servicio o medicamento no son aprobados, usted y su proveedor de atención médica pueden recibir recomendaciones para un tratamiento alternativo. También puede presentar una apelación. Consulte el capítulo de presentación de reclamaciones y el capítulo de apelación de reclamaciones para obtener más información sobre la apelación de la denegación de una solicitud de autorización previa (preservicio).

El proveedor que realiza el pedido, el hospital o el médico tratante (“proveedor solicitante”) debe ponerse en contacto con Anthem para solicitar una autorización previa. Sin embargo, puede solicitar la **autorización** previa o puede **elegir un representante autorizado** para que actúe en su nombre al solicitar la autorización previa.

El representante autorizado puede ser cualquier persona mayor de 18 años que usted designe para que actúe en su nombre. Para nombrar un representante autorizado, comuníquese con el programa de autorización previa correspondiente.

Consulte la lista a continuación para conocer las formas de solicitar la autorización previa:

Lista de Contactos del Programa de Autorización Previa Correspondiente		
Para la autorización previa de ciertos servicios del Plan médico	Para la autorización previa de ciertos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	Para la autorización previa de ciertos medicamentos de especialidad recetados para pacientes ambulatorios
Llame o envíe la solicitud de autorización previa a:	Llame al:	Llame al:
<p>AIM Specialty Health al número gratuito 1-877-291-0360.</p> <p>O, al menos 10 días antes de someterse al servicio propuesto, envíe por correo a Anthem Blue Cross, Atención: Departamento de autorizaciones previas 2000 Corporate Center Drive CANPA-000 Newbury Park, CA 91320</p>	<p>Express Scripts Inc (ESI) (El Administrador de Beneficios de Farmacia del Plan - PBM) al 1-800-753-2851.</p>	<p>Accredo Farmacia Especializada al 1-800-803-2523.</p>

Para obtener más información acerca de los plazos para responder a las solicitudes de autorizaciones previas y para obtener información sobre cómo puede apelar si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre la autorización previa, consulte los puntos en “Reclamaciones Previas al Servicio” en la sección “Presentación de reclamaciones y apelaciones de reclamaciones” del capítulo.

Restricciones y Limitaciones del Programa de Gestión de Utilización

- a. El hecho de que su proveedor de atención médica recomiende cirugía, hospitalización, internación en un centro de atención médica o proponga o proporciona otros servicios o suministros médicos no significa que los servicios o suministros recomendados serán un gasto elegible o serán considerados médicamente necesarios para determinar la cobertura del Plan médico.
- b. El programa de gestión de utilización no está destinado a diagnosticar o tratar condiciones médicas, validar la elegibilidad para la cobertura ni garantizar el pago de los beneficios del Plan. La certificación de Anthem de que un servicio es médicamente necesario no significa que se garantice el pago de un beneficio. La elegibilidad y el pago real de los beneficios están sujetos a los términos y condiciones del Plan que se describen en este documento. Por ejemplo, los beneficios no serían pagaderos si su elegibilidad para la cobertura termina antes de que los servicios fueran provistos o si los servicios no estuvieran cubiertos por el Plan, en forma total o parcial.
- c. Todas las decisiones de tratamiento recaen en usted y su proveedor de atención médica. Debe seguir cualquier curso de tratamiento que usted y su proveedor de atención médica consideren más apropiado, incluso si el programa de autorización previa apropiado no certifica una cirugía/tratamiento/servicio/medicamento o admisión propuestos como una necesidad médica o como un gasto elegible. Sin embargo, los beneficios pagaderos por el Plan pueden verse afectados por la determinación del programa de autorización previa correspondiente.

- d. Con respecto a la administración de este Plan, el Fideicomiso y Anthem no se dedican a la práctica de la medicina, y ninguno de ellos se responsabiliza por la calidad de los servicios de atención médica realmente provistos, incluso si Anthem los ha certificado como médicamente necesarios, ni por los resultados si el paciente elige recibir servicios de atención médica que Anthem no ha certificado como médicamente necesarios.
- e. **La autorización previa de un servicio no garantiza que el Plan pagará beneficios por tal servicio** ya que otros factores, como la inelegibilidad para la cobertura en la fecha real del servicio, diferencias en la información presentada durante la autorización previa y los servicios reales realizados en la fecha del servicio, y/o el hecho de que el servicio realizado no es un beneficio cubierto pueden afectar la falta de pago de un servicio.

Manejo de Casos Individuales

Si tiene una lesión grave o un problema de salud, los administradores de casos de enfermería de Anthem están disponibles para ayudarlo, sin costo adicional para usted. Si bien los administradores de casos pueden contactarlo automáticamente, también puede llamar al número de teléfono de servicio al cliente/afiliado de Anthem detallado en su tarjeta de identificación para comunicarse con un administrador de casos.

Una estadía en el hospital o un problema de salud a largo plazo pueden cambiar su vida. Es posible que deba tomar algunas decisiones difíciles. Además, puede sentirse abrumado con la información nueva y no saber dónde obtener ayuda y apoyo.

Anthem cuenta con un equipo de enfermeras registradas y el apoyo de expertos clínicos que están capacitados para proporcionar asistencia durante estos momentos estresantes. Estas enfermeras de administración de casos le proporcionarán el asesoramiento necesario para ayudarlo a mejorar. Su objetivo es comprender sus necesidades desde todos los ángulos y ayudarlo a obtener la mejor atención posible.

Por ejemplo, dependiendo de sus necesidades, una enfermera de administración de casos podría ayudarlo a:

- Obtener más información sobre su problema de salud y sus opciones de tratamiento.
- Hablar con sus médicos y con el resto de su equipo de atención médica, y animar que hablen entre ellos.
- Revisar su Plan de salud para ayudarlo a ahorrar dinero y obtener el máximo valor del Plan.
- Conectarse con recursos cercanos a usted, como servicios de atención domiciliaria y programas de salud comunitarios.
- Tomar medidas para hacer cambios saludables en su vida.

Tenga en cuenta que el administrador de casos no proporciona atención personal. Sus médicos y el resto de su equipo de atención médica serán responsables de eso. Sin embargo, la enfermera administradora del caso puede trabajar con usted y su equipo para mantener la atención donde corresponde: ayudándolo a administrar su salud y a sentirse mejor.

Ley de Protección de Salud de los Recién Nacidos y las Madres

La ley federal garantiza ciertos derechos a las mujeres. En virtud de la **Ley de protección de Salud de madres y recién nacidos del 1996**, los Planes médicos colectivos y compañías de seguros médicos que ofrecen cobertura de seguro médico colectivo, en general, no pueden restringir los beneficios de la duración de la estadía hospitalaria de la madre o el niño recién nacido en relación con el parto, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el Plan o la compañía de seguros podrán pagar por una estadía más corta si el proveedor a cargo (por ejemplo, su médico), después de consultar a la madre, da de alta a la madre o el recién nacido antes.

También, conforme a la ley federal, los Planes y las compañías de seguros no podrán establecer el nivel de beneficios o gastos de bolsillo para que alguna porción posterior a una estadía de 48 horas (o 96 horas) sea tratada de manera menos favorable, para la madre o recién nacido, que cualquier porción anterior de la estadía. Además, un Plan o una compañía de seguros no podrá, conforme a la ley federal, exigir que un médico o proveedor de atención médica obtenga una autorización para indicar una estadía de hasta 48 horas (o 96 horas).

Ley de Salud y Derechos sobre el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

En virtud de la **Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998**, todos los Planes que cubren mastectomías también deben cubrir la cirugía reconstructiva relacionada. La cirugía reconstructiva disponible debe incluir la reconstrucción de la mama en la que se realizó la cirugía y la cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica. La cobertura también debe estar disponible para prótesis mamarias y las complicaciones físicas de la mastectomía, que incluyen linfedema. Estos servicios son opcionales y son elegidos por la paciente en consulta con el médico que la atiende. Están sujetos a las disposiciones de deducibles, coaseguros y copagos habituales del Plan.

No Discriminación en la Atención Médica

De acuerdo con la Ley de Atención Asequible, en la medida en que un artículo o servicio sea un beneficio cubierto en virtud del Plan y consistente con las técnicas de gestión médica razonables con respecto a la frecuencia, el método, el tratamiento o el ajuste de un artículo o servicio, el Plan no discriminará respecto a la participación en virtud del Plan o la cobertura contra cualquier proveedor de atención médica que actúe dentro del alcance de la licencia o certificación de ese proveedor según las leyes estatales aplicables.

En este contexto, la discriminación significa tratar a un proveedor de manera diferente basándose únicamente en el tipo de licencia o certificación del proveedor. No es obligatorio que el Plan realice contratos con proveedores de atención médica dispuestos a cumplir con los términos y condiciones de participación establecidas por el Plan.

Se permite que el Plan establezca distintas tarifas de reembolso en base a las mediciones de calidad o rendimiento.

Derechos de Protección del Paciente de la Ley de Cuidado de la Salud Asequible

El Plan Médico PPO de Anthem detallado en este documento no requiere la selección o designación de un proveedor de atención primaria (PCP). Usted tiene la posibilidad de visitar cualquier proveedor de atención médica dentro o fuera de la red; sin embargo, el pago que realiza el Plan puede ser menor si se utiliza un proveedor fuera de la red.

Tampoco necesita la autorización previa del Plan o de cualquier otra persona (incluso un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud especializado en obstetricia o ginecología. El profesional de la salud, sin embargo, puede ser necesario para cumplir con ciertos procedimientos, incluso obtener la autorización previa para ciertos servicios, seguir un Plan de tratamiento previamente aprobado, o en los procedimientos para hacer derivaciones.

Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con la red médica en el sitio web que figura en la Tabla de referencia.

Información sobre los Planes de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para personas con Medicare

Si usted y/o sus Dependientes tienen derecho a la Parte A de Medicare o están inscritos en la Parte B de Medicare, también es elegible para los beneficios del Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de la Parte D de Medicare.

Se ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados del Plan Médico PPO de Anthem descrito en este documento es “acreditable”.

“Acreditable” significa que se espera que el valor del beneficio de medicamentos recetados de este Plan, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como pagaría la cobertura del Plan de medicamentos recetados (PDP) de la Parte D de Medicare.

Debido a que la cobertura de medicamentos recetados de este Plan es tan buena como Medicare, no necesita inscribirse en un Plan de medicamentos recetados (PDP) de la Parte D de Medicare para evitar una multa por inscripción tardía en virtud de Medicare. Usted puede, en el futuro, inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare durante el período de inscripción anual de Medicare (generalmente entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año).

Puede mantener su cobertura médica y de medicamentos recetados actuales con este Plan y no necesita inscribirse en la Parte D de Medicare. Sin embargo, si mantiene esta cobertura del Plan y también se inscribe en un Plan de medicamentos recetados (PDP) de la Parte D de Medicare, tendrá doble cobertura de medicamentos recetados. Debido a que los medicamentos para pacientes ambulatorios son administrados por un Administrador de beneficios de farmacia, este Plan no coordina sus pagos de medicamentos para pacientes ambulatorios con Medicare. Los medicamentos para pacientes ambulatorios se procesan como si no tuviera otra cobertura, incluso como si no tuviera cobertura de medicamentos de Medicare.

Si se inscribe en un Plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare deberá pagar la tarifa de la Parte D de Medicare de su propio bolsillo.

Tenga en cuenta que usted no podrá rechazar únicamente la cobertura de medicamentos recetados en virtud de este Plan. Esto se debe a que la cobertura de medicamentos recetados es parte de todo el Plan Médico PPO de Anthem. En general, solo puede rechazar la cobertura del Plan médico en el próximo período de inscripción abierta de este Plan.

Si no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados y no se inscribió en un Plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare cuando se le ofreció por primera vez esa oportunidad, es posible que tenga una tarifa de inscripción tardía en la tarifa que paga por la cobertura de Medicare si se inscribe para la cobertura de medicamentos de Medicare.

Las personas elegibles para Medicare pueden inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en una de las 3 situaciones siguientes:

- cuando es elegible para Medicare por primera vez; o
- durante el periodo anual de elección de Medicare (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre); o
- en el caso de beneficiarios que abandonan la cobertura médica colectiva patrocinada por el Empleador/ Unión, usted puede ser elegible para un período de inscripción especial en el que puede inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura acreditable o la cobertura de la Parte D de Medicare, consulte el Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare del Plan (hay una copia disponible en la Oficina administrativa y puede solicitarla llamando al teléfono detallado en la Tabla de referencia en el inicio de este documento. Consulte también: www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Cobertura de Ciertos Medicamentos Exigidos por la Ley de Atención de Salud Asequible (ACA)

Para que el Plan proporcione cobertura respecto de un medicamento de venta libre o recetado que esté detallado a continuación, el medicamento debe ser:

- obtenido a través del Programa de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia minorista o de pedidos por correo de la red participante, y
- presentado al farmacéutico con una receta del medicamento firmada por su médico o profesional de la salud.

La siguiente tabla resume los actuales medicamentos de venta libre y recetados pagados por el Plan Médico PPO de Anthem detallados en este documento, de conformidad con las regulaciones de la Ley de atención de salud asequible (ACA) y las recomendaciones A y B del Grupo de servicios preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), **y mediante una prescripción, se pagarán sin cargo cuando se surten en una farmacia de la red.**

Cuando la información de este documento entre en conflicto con las regulaciones de la Ley de atención de salud asequible (ACA) sancionadas recientemente que afecten la cobertura de medicamentos de venta libre, este beneficio de medicamentos recetados cumplirá con los nuevos requisitos en la fecha en que se solicite.

Nombre del medicamento	¿Quiénes tienen cobertura para este medicamento?	¿Cuál es su costo compartido?	Parámetros de pago para medicamentos recetados
Anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres, como píldoras anticonceptivas, productos espermicidas y esponjas	Todas las mujeres	Ninguno, si se cumplen los parámetros de pago	<ul style="list-style-type: none"> • Se pagará el suministro de hasta un mes de anticonceptivos recetados por compra (o suministro de 3 meses de determinados anticonceptivos con dosis de 90 días, como Seasonale), según el Programa de medicamentos recetados del Plan para mujeres menores de 60 años de edad. • Los anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA no tienen costo para el participante del Plan cuando se obtienen de un proveedor de la red. Se pagan anticonceptivos de marca solamente si no es adecuada una alternativa genérica o no se encuentran disponibles.

Nombre del medicamento	¿Quiénes tienen cobertura para este medicamento?	¿Cuál es su costo compartido?	Parámetros de pago para medicamentos recetados
Medicamentos preventivos para el cáncer de mama	Mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama y bajo riesgo de efectos adversos de medicamentos.	Ninguno, si se cumplen los parámetros de pago	El Plan cubre medicamentos preventivos genéricos contra el cáncer de mama, como tamoxifeno o raloxifeno.
Aspirina	<ul style="list-style-type: none"> • Para las mujeres embarazadas que están en alto riesgo de sufrir preeclampsia (una complicación del embarazo). • El uso de dosis bajas de aspirina para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular y el cáncer colorrectal en adultos de 50 a 59 años que tienen un riesgo cardiovascular de 10% o más a 10 años, no tienen un mayor riesgo de sangrado, tienen una esperanza de vida de al menos 10 años, y están dispuestos a tomar una dosis baja de aspirina diariamente durante al menos 10 años. 	Ninguno, si se cumplen los parámetros de pago	<ul style="list-style-type: none"> • Para mujeres adultas no embarazadas: puesto que la dosis está establecida por la USPSTF, el Plan cubre hasta un frasco de 100 comprimidos genéricos cada 3 meses. • Aspirina diaria de dosis baja (81 mg) como medicamento preventivo, después de las 12 semanas de gestación, en mujeres embarazadas que tienen alto riesgo de sufrir preeclampsia. • Se recomienda el uso de aspirina cuando el beneficio potencial supera el daño potencial debido a un aumento en la hemorragia gastrointestinal.
Suplementos de ácido fólico	Todas las mujeres que puedan quedar embarazadas o planifiquen hacerlo deben tomar un suplemento de ácido fólico (que contenga entre 0.4 y 0.8 mg de ácido fólico) al día.	Ninguno, si se cumplen los parámetros de pago	Excluye a las mujeres mayores de 55 años de edad y a los productos que contienen más de 0.8 mg o menos de 0.4 mg de ácido fólico. El Plan cubre ácido fólico genérico hasta un comprimido al día.
Productos de Preparación para una Prueba de Detección de Cáncer de Colon	Para las personas que se someten a una prueba de detección de cáncer de colon.	Ninguno, si se cumplen los parámetros de pago	El Plan cubre los productos de potencia de venta libre o con receta recetados por un médico como preparación para un examen de detección del cáncer de colon que se paga, como una colonoscopia para las personas de entre 50 y 75 años de edad. Están cubiertos dos surtidos cada 365 días.
Productos para dejar de fumar (aprobados por la FDA)	Las personas que usen productos de tabaco.	Ninguno, si se cumplen los parámetros de pago	Los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA (incluidos los medicamentos recetados y los de venta libre) se pagan según el Programa de Medicamentos Recetados del Plan, por un máximo de dos regímenes de tratamiento de 90 días por año, que se aplica a todos los productos. No se requiere autorización previa.
Suplementos de flúor	Para niños a partir de los 6 meses cuando el proveedor lo recomienda porque el principal recurso de agua del niño es deficiente en flúor.	Ninguno, si se cumplen los parámetros de pago	El Plan cubre las versiones genéricas de los suplementos sistémicos dietarios de flúor (comprimidos, gotas o grageas) disponibles solo con receta médica para los niños hasta la edad de 6 años. Se excluyen los productos para las personas de 6 años y mayores, productos tópicos de flúor como pasta de dientes o enjuague bucal y los suplementos de flúor de marca.

Nombre del medicamento	¿Quiénes tienen cobertura para este medicamento?	¿Cuál es su costo compartido?	Parámetros de pago para medicamentos recetados
Medicación preventiva con estatinas	Adultos de 40 a 75 años: sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV), 1 o más factores de riesgo de ECV, y un riesgo calculado de evento de ECV de 10% o más a 10 años.	Ninguno, si se cumplen los parámetros de pago	Para adultos <u>sin</u> antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) (es decir, enfermedad coronaria sintomática o accidente cerebrovascular isquémico), el Plan cubre <u>estatina de dosis baja a moderada</u> para la prevención de eventos y mortalidad por ECV cuando se cumplen todos los criterios siguientes: 1) tienen entre 40 y 75 años; 2) padecen 1 o más factores de riesgo de ECV (es decir, dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo); y 3) tienen un riesgo calculado de un evento cardiovascular de 10% o más a 10 años. La identificación de la dislipidemia y el cálculo del riesgo del evento ECV a 10 años requiere una detección universal de trastornos de lípidos (un análisis de laboratorio) en adultos de 40 a 75 años.

Lo que está cubierto y descrito en el Programa de beneficios médicos

Los servicios y suministros cubiertos para el Plan Médico PPO de Anthem se describen en el Programa de beneficios médicos en el capítulo 5.

Los servicios y suministros están cubiertos únicamente si están certificados por el médico a cargo y están determinados por el Plan como medicamento necesarios, excepto que se disponga específicamente lo contrario. Además, solo los cargos permitidos por los servicios y suministros cubiertos se consideran al determinar los beneficios en virtud del Plan Médico PPO de Anthem. Consulte la definición de “cargos permitidos” en el glosario.

AVISO: Se requiere autorización previa para ciertos servicios a fin de evitar la falta de pago del reclamo. Consulte la sección “Autorización previa” detallada anteriormente en este capítulo.

En el capítulo 5, se incluye un Programa de los beneficios del Plan Médico PPO de Anthem, en formato de tabla. Cada uno de los beneficios médicos del Plan se describe en la primera columna. Las explicaciones y limitaciones que se aplican a cada uno de los beneficios se muestran en la segunda columna. Las diferencias específicas en los beneficios cuando se proporcionan dentro de la red (cuando usa proveedores de la red PPO) y fuera de la red (cuando usa proveedores fuera de PPO, es decir, que no pertenecen a la red) se muestran en las columnas siguientes.

En el Programa de beneficios médicos, los deducibles, los límites de gastos de bolsillo, los servicios hospitalarios (pacientes hospitalizados) y los servicios de médicos y profesionales de la salud **se enumeran en las primeras filas** porque estas categorías de beneficios se aplican a la mayoría (pero no a todos) los servicios de atención médica cubierto por el Plan. Estas filas van seguidas de descripciones, **ordenadas en orden alfabético**, de los demás beneficios médicos cubiertos junto con sus limitaciones y exclusiones.

Todos los beneficios que se muestran en el Programa de beneficios médicos están sujetos al deducible del Plan, a menos que exista una declaración específica de que no se aplica un deducible.

Para determinar en qué medida se aplican las limitaciones a los beneficios que se pagan por los servicios o suministros de atención médica que recibe, también debe verificar si esos servicios se enumeran por separado en el Programa de beneficios médicos, incluso si parecen estar incluidos en Servicios hospitalarios o Servicios de médicos y profesionales de la salud, y también debe consultar el capítulo 6 de exclusiones de este documento para ver si están excluidos.

El capítulo del Glosario está disponible para ayudarlo a comprender muchos de los términos utilizados en este documento.

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Deducible</p> <ul style="list-style-type: none"> El deducible anual es la cantidad de dinero que debe pagar cada año calendario antes de que el Plan comience a pagar los beneficios. Los deducibles se aplican a los gastos médicos elegibles en el orden en que el Plan procesa las reclamaciones. Solo se pueden utilizar los gastos médicos elegibles para satisfacer los deducibles del Plan. El deducible se aplica a todos los servicios cubiertos, excepto donde se indique lo contrario en este Programa de beneficios médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Existe un deducible anual cuando se usan proveedores dentro de la red y otro deducible anual diferente cuando se usan proveedores que no pertenecen a la red. Tenga en cuenta que los deducibles dentro y fuera de la red no son intercambiables, lo que significa que no puede usar una parte del deducible de la red para cumplir con un deducible fuera de la red y viceversa. El deducible familiar se puede alcanzar con cualquier combinación de importes de cualquier miembro de la familia. Consulte también la sección de deducibles en el capítulo 4 para obtener información sobre la disposición sobre transferencias de deducibles y la disposición sobre accidentes comunes. El deducible no se aplica a ciertos servicios mencionados en este Programa, como la atención preventiva recibida de un proveedor de la red, servicios de ambulancia o medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. 	<p>\$300 por persona</p> <p>\$900 por familia</p>	<p>\$500 por persona</p> <p>\$1,500 por familia</p>
<p>Límite de Gastos de Bolsillo (Anual)</p> <p>El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que paga durante un período de un año (el año calendario) antes de que su Plan médico comience a pagar el 100% por los beneficios de salud esenciales cubiertos recibidos de los proveedores de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los gastos cubiertos se aplican al límite de gastos de bolsillo en el orden en que el Plan procesa las reclamaciones elegibles. No hay un límite de gastos de bolsillo para el uso de proveedores fuera de la red, excepto que los servicios de emergencia provistos en una sala de emergencias fuera de la red se acumularán para cumplir con el límite de gastos de bolsillo de la red. El límite de desembolso familiar acumula costos compartidos para cualquier miembro de la familia cubierto. Sin embargo, no se requerirá que ninguna persona de la familia acumule más del límite de desembolso anual "por persona en una familia" de este Plan. Los gastos de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cubiertos se acumulan a un medicamento ambulatorio anual por separado. Límite de gastos de bolsillo. 	<ul style="list-style-type: none"> El límite de desembolso personal del Plan Médico PPO de Anthem no incluye ni acumula: <ol style="list-style-type: none"> Todos los servicios y suministros provistos por proveedores que no pertenecen a la PPO (fuera de la red), excepto en los casos que involucran servicios de emergencia realizados en una sala de emergencias fuera de la red que se acumulan dentro del límite de gastos de bolsillo dentro de la red. Gastos que no se consideran beneficios esenciales para la salud, como la manipulación vertebral/tratamiento quiropráctico tarifas y/o pagos particulares de contribuciones para la cobertura. Cantidades que usted paga por servicios no cubiertos. Cargos por encima de lo que permite el Plan (por encima del cargo permitido) Cargos que exceden los beneficios máximos del Plan Médico PPO de Anthem. Gastos del Plan Dental o del Plan de Visión Cualquier costo compartido bajo el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no se aplica al límite de desembolso directo del Plan Médico PPO de Anthem, pero sí se aplica para cumplir con el límite de desembolso directo de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por separado. El límite de desembolso directo del Plan Médico PPO de Anthem no incluye/acumula beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, mientras que el límite de gastos de bolsillo directos de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no incluye/acumula otros beneficios del Plan médico. El límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no acumula los costos de medicamentos relacionados con las cantidades que paga por los medicamentos recetados obtenidos en farmacias minoristas sin cita previa, después del segundo suministro de un medicamento de mantenimiento. 	<p>Plan Médico: \$2,500 por persona</p> <p>\$5,000 por familia</p> <p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios: \$1,000 por persona</p> <p>\$2,000 por familia</p>	<p>No Límite de gastos de bolsillo para el uso de proveedores fuera de la red.</p> <p>Excepción: Los servicios de emergencia realizados en una sala de emergencias (ER) acumulan en el límite de gastos de bolsillo dentro de la red.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Servicios hospitalarios (hospitalización)</p> <ul style="list-style-type: none"> Tarifas de alojamiento y comida en una habitación semiprivada con servicios generales de enfermería. Unidades de atención especializada dentro del hospital (por ejemplo, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados cardíacos). Laboratorio/radiografías/servicios de diagnóstico. Servicios auxiliares médicamente necesarios que estén relacionados (por ejemplo, recetas, suministros). Cuidado del recién nacido, incluida la circuncisión del recién nacido. Consulte también la fila de servicios de maternidad en la tabla de este Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere autorización previa para los ingresos electivos al Hospital y para los servicios de anestesia en relación con la atención dental, llamando al Programa de Autorización previa, la información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al frente de este documento. Vea el Capítulo 4 para más detalles. En determinadas circunstancias, el Plan médico pagará los honorarios del centro y la anestesia asociados con los servicios dentales médicamente necesarios cubiertos por un Plan dental si el Administrador de Reclamaciones del Plan Médico Anthem PPO determina que la atención en un hospital o cirugía ambulatoria es médicamente necesaria para salvaguardar la salud del paciente durante la realización de servicios dentales. El Plan Médico PPO de Anthem no cubre los honorarios profesionales dentales o los productos/ suministros dentales para el servicio dental que se realiza en un hospital o centro de cirugía ambulatoria. Consulte el Capítulo de elegibilidad para saber cómo inscribir adecuadamente a los recién nacidos para que se pueda considerar la cobertura. Los hospitales de atención especializada, también llamados hospitales de atención aguda a largo plazo (LTAC, por sus siglas en inglés), se analizan en la fila del Centro de enfermería especializada en este Programa. Las tarifas profesionales para médicos y profesionales de la salud que prestan servicios cubiertos a pacientes en un hospital/centro de atención médica generalmente se facturan por separado de la tarifa del centro. Consulte la fila sobre médicos de este Programa para conocer los parámetros de pago. Departamento de pacientes ambulatorios del hospital en un hospital fuera de la red: Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50% hasta un pago del plan de \$ 3,500 por servicios y suministros del departamento ambulatorio por episodio de tratamiento. No se pagarán beneficios por ningún día en el que el paciente sea dado de alta del Hospital con un permiso temporal. 	<p>Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Servicios de médicos y otros profesionales de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Los beneficios se pagan por honorarios profesionales cuando los proporciona un médico u otro profesional de la salud cubierto en una oficina, hospital, centro de atención de urgencia, sala de emergencias, centro de cirugía ambulatoria / ambulatorio u otro centro de atención médica cubierto. Este beneficio cubre las visitas de rutina al Hospital por Médicos para la atención del recién nacido. Los honorarios profesionales pagables de médicos y profesionales de la salud incluyen: <ul style="list-style-type: none"> Cirujano Asistente de cirujano (si es médicamente necesario) Anestesia provista por un médico o un enfermero anestesista certificado (CRNA) Hospitaliza, patólogo, radiólogo, podólogo (DPM), auxiliar médico; practicante de enfermería; enfermera partera certificada, paramédico, perfusionista con licencia. Los servicios de telemedicina (visita en línea con un profesional de la salud a través de video chat en vivo) son pagaderos. (Consulte también la Tabla de referencia para obtener más información). Consulte también las filas de Planificación familiar, Maternidad y Bienestar, donde ciertos Servicios preventivos para mujeres se pagan sin costo compartido cuando se obtienen de proveedores de la Red. Consulte también la fila de Servicios de emergencia para el pago de proveedores en una sala de emergencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere autorización previa para los servicios de anestesia en relación con la atención dental, los procedimientos cosméticos, los servicios relacionados con el trasplante, la derivación a un proveedor o centro fuera de la red y otros servicios enumerados en el Capítulo 4, llamando al Programa de autorización previa la información de contacto figura en el Tabla de referencia al frente de este documento. Consulte también la definición de médico, profesional de la salud y cirugía en el capítulo del glosario. El Administrador del Plan o su Delegado determinarán si múltiples procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos médicos serán cubiertos como procedimientos separados o como un solo procedimiento basado en los factores en la definición de "Cirugía" en el Capítulo del Glosario. Los honorarios del cirujano asistente se reembolsarán solo por los servicios médicamente necesarios hasta un máximo del 20% de los gastos elegibles permitidos para el cirujano primario; sin embargo, el máximo es el 10% del Cargo Permitido para el cirujano primario por los servicios de un primer asistente de Enfermera Registrada con licencia estatal o un asistente médico con licencia estatal. Según este Plan, no hay ningún requisito para seleccionar un médico de atención primaria (PCP) u obtener una referencia o autorización previa antes de visitar a un proveedor de obstetricia / ginecología. Visitas al hospital de proveedores: No se cubre más de una visita al mismo Médico por día, a menos que el paciente esté internado como paciente registrado en un Hospital o Centro de Atención Prolongada. A los efectos de esta limitación, se considera que se realizaron varias visitas en un solo día si el Médico factura más de un cargo por visita a consultorio para la misma fecha de servicio e independientemente de si el paciente regresó al consultorio del Médico. La circuncisión del recién nacido se paga. Se paga una visita al consultorio para una segunda o tercera opinión. En general, no hay cobertura para la refracción ocular, anteojos, lentes de contacto o el ajuste de anteojos o lentes de contacto; sin embargo, consulte la fila del Dispositivo correctivo en este Programa para obtener más detalles. La corrección quirúrgica de los defectos de refracción de la visión no está cubierta, incluidos, entre otros, el procedimiento LASIK o similares, solamente cuando la visión del paciente no se puede corregir a 20/40 o mejor mediante el uso de anteojos o lentes de contacto, en ese caso la corrección quirúrgica se paga (la cobertura se paga por una cirugía para cada ojo durante la vida de una persona, hasta un pago máximo del plan de \$1,000 por cada cirugía). No hay cobertura para acupuntura. El cuidado de rutina de los pies no está cubierto; sin embargo, el cuidado de los pies se paga cuando es médicamente necesario para personas con diabetes o una insuficiencia neurológica o vascular que afecta los pies. 	<p>Consulta en línea con un profesional de la salud por video chat en vivo: \$5.00 por consulta. No se aplica deducible.</p> <p>Todos los demás servicios: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Servicios de Alergia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de sensibilidad a la alergia, incluidos parches cutáneos o análisis de sangre como Rast o Mast. • Desensibilización e hiposensibilización (inyecciones antialérgicas administradas a intervalos periódicos). • Solución antigénica para alergias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de alergia están cubiertos solo mediante orden médica. 	<p>Pruebas, vacunas antialérgicas, antígeno alérgico: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p>	<p>Pruebas, vacunas antialérgicas, Antígeno de la alergia: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 50%.</p>
<p>Servicios de Ambulancia para Emergencias Médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vehículo terrestre Transporte de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> • al centro apropiado más cercano según sea médicamente necesario para el tratamiento de una emergencia médica o enfermedad/lesión aguda; • para el traslado de un centro de atención médica médicamente necesario (por ejemplo, traslado de un hospital a otro hospital o traslado a otro hospital para someterse a un examen/procedimiento especial) y regreso. • Transporte aéreo/marítimo de emergencia se paga: (1) solo cuando sea médicamente necesario para el tratamiento de una emergencia que ponga en peligro la vida, y (2) se requiere el transporte aéreo / marítimo debido a la inaccesibilidad por el transporte terrestre y / o el uso del transporte terrestre pondría en peligro el estado de salud del paciente. Cuando se requiere transporte en ambulancia aérea/marítima, se paga al centro de atención médica aguda más cercano calificado para tratar la condición de emergencia del paciente. • Transporte médico que no sea de emergencia médicamente necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los gastos por servicios de ambulancia están cubiertos solo cuando esos servicios son para una Emergencia, como se define ese término en el Capítulo del Glosario de este documento bajo el título de "Atención de emergencia", o para el transporte de un centro de atención médica médicamente necesario. • El transporte médico que no es de emergencia se refiere al transporte de una persona en un vehículo porque la persona no puede usar con seguridad el transporte público o privado debido a su requisito médicamente necesario para colocarse en una silla de ruedas o camilla, o porque requieren el uso de equipo médico o no -Monitoreo médico de emergencia durante el transporte. El transporte médico que no sea de emergencia no está cubierto si se utiliza para la conveniencia del paciente o su familia. Se requiere autorización previa para los servicios de transporte médico que no sean de emergencia, llamando al Programa de autorización previa, la información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al frente de este documento. Vea el Capítulo 4 para más detalles. Cuando se aprueba previamente, el Plan puede pagar el método de transporte menos costoso y apropiado que cumpla con las circunstancias físicas y médicas de la persona y el Plan se reserva el derecho de limitar su pago de transporte al lugar apropiado más cercano (como el proveedor más cercano de servicios médicos cuando se ha determinado que viajar más distancias no proporciona ningún beneficio médico para el individuo). 	<p>Transporte de emergencia: Usted paga \$50 por viaje; no se aplica deducible.</p>	<p>Transporte de emergencia: Usted paga \$50 por viaje; no se aplica deducible.</p> <p>(El cargo máximo permitido es de hasta \$ 50,000 por viaje para una ambulancia aérea y hasta \$ 1,075 por viaje para una ambulancia terrestre).</p>
<p>Centro Quirúrgico Ambulatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulte la fila Instalación de cirugía ambulatoria (ambulatoria) en este Programa. 		

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Servicios de Salud Conductual (Tratamiento de salud mental y abuso de sustancias)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas ambulatorias: incluidas las pruebas psicológicas (psiquiátricas) necesarias. • Otros servicios ambulatorios: atención parcial diurna/hospitalización parcial o cuidados intensivos del programa ambulatorio (PIO). Consulte el Capítulo del glosario para conocer el significado del término cuidado diurno parcial. • Ingreso hospitalario agudo o programa de tratamiento residencial. Consulte el Capítulo del glosario para conocer el significado del término tratamiento residencial. • Detección para el consumo de tabaco; y, para quienes usan productos de tabaco, el Plan cubre al menos dos intentos de dejar de fumar por año. Soporte de cesación descrito a la derecha. • Las tarifas profesionales para médicos y profesionales de la salud que prestan servicios cubiertos a pacientes en un hospital/centro de atención médica generalmente se facturan por separado de la tarifa del centro. Consulte la fila sobre médicos de este Programa para conocer los parámetros de pago. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere autorización previa para los ingresos electivos al Hospital en relación con el tratamiento de Salud Mental y / o Abuso de Sustancias llamando al Programa de Autorización Previa, la información de contacto se encuentra en la Tabla de Referencia al frente de este documento. Vea el Capítulo 4 para más detalles. • No se pagarán beneficios por ningún día en el que el paciente sea dado de alta del Hospital con un permiso temporal. • Para obtener ayuda para localizar proveedores de salud conductual mejor calificados para tratar sus necesidades, comuníquese con el número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. • El Programa de tratamiento residencial de salud conductual está cubierto para personas que necesitan tratamiento en un entorno terapéutico altamente estructurado de 24 horas cuando la atención no puede tratarse de manera segura o efectiva en un entorno menos intensivo. Una instalación de tratamiento residencial debe tener una licencia adecuada en el estado en el que opera la instalación. • Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios para la salud conductual pagaderos en virtud de la sección Medicamentos en este Programa de beneficios médicos. • Los programas basados en teorías de aprendizaje y motivación, como la Terapia de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA), son un beneficio cubierto. • Apoyo para dejar de fumar: El plan cubre, sin costo para los proveedores de la red, al menos dos intentos de dejar de fumar por persona por año. <ul style="list-style-type: none"> ○ Un intento de dejar de fumar incluye cobertura de cuatro (4) sesiones de asesoramiento para dejar de fumar de al menos 10 minutos cada una (incluido el asesoramiento telefónico, asesoramiento grupal y/o asesoramiento individual con un asesor autorizado, sin requisitos de autorización previa). ○ Todos los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA (incluidos los medicamentos recetados y de venta libre) están cubiertos sin costo en las farmacias minoristas de la Red por un régimen de tratamiento de 90 días cuando lo recete un médico o un profesional de la salud (sin autorización previa). Consulte también la tabla de medicamentos en la página 62 y la fila de medicamentos en este Programa. • Sin cobertura para la terapia de familia o de pareja, rehabilitación vocacional o los días de hospitalización en los que el paciente es dado de alta con un criterio aprobado. Ver también el Capítulo 6 de Exclusiones. • Los beneficios se pagan por un máximo de 8 horas por incapacidad para pruebas psicométricas y 4 visitas por incapacidad para los servicios de biorretroalimentación. 	<p>Visitas ambulatorias, Otros servicios ambulatorios, hospital para pacientes hospitalizados y programa de tratamiento residencial: Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 90%.</p> <p>Asesoramiento o para dejar de fumar: Sin cargo. No se aplica deducible.</p>	<p>Visitas ambulatorias, Otros servicios ambulatorios, hospital para pacientes hospitalizados y programa de tratamiento residencial: Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p> <p>Asesoramiento para dejar de fumar: Sin cobertura.</p>
<p>Centro de parto / instalación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulte la fila de Servicios de maternidad de este Programa. 		
<p>Transfusiones de sangre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfusiones de sangre y hemoderivados y equipos para su administración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo mediante orden médica. 	<p>Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Quimioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> medicamentos y suministros de quimioterapia administrados bajo la dirección de un médico en un hospital, centro de atención médica, consultorio médico o a domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> Los pagos de beneficios pueden variar según la localización en la que el paciente administra o recibe la quimioterapia. Por ejemplo, si la quimioterapia se administra en un hospital, se aplica la cobertura de los servicios hospitalarios; si se entrega en el domicilio o en el consultorio de un médico, consulte la fila del médico y otros profesionales de la salud (arriba) en este Programa de beneficios médicos. 	El pago puede variar según la ubicación en la que se proporciona el servicio.	El pago puede variar según la ubicación en el que se proporciona el servicio.
<p>Servicios Quiroprácticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Consulte la sección Manipulación de la columna vertebral de este Programa de beneficios médicos. 		
<p>Circuncisión</p> <ul style="list-style-type: none"> La circuncisión para los varones recién nacidos, desde el nacimiento hasta los 2 años de edad. 		Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.	Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.
<p>Aparatos correctivos (Dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales)</p> <ul style="list-style-type: none"> Se proporciona cobertura para dispositivos protésicos y ortopédicos médicamente necesarios de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> alquiler (pero solo hasta el precio de compra permitido del dispositivo). compra de modelo estándar. Alquiler o compra determinada por el Administrador del Plan o su Delegado. reparación, ajuste o servicio del dispositivo cuando sea médicamente necesario. el reemplazo del dispositivo es pagadero si hay un cambio en la condición física de la persona cubierta que hace que el dispositivo actual no funcione o sea insatisfactorio para realizar actividades diarias normales (según lo certificado por el médico del paciente), o si el dispositivo no puede repararse satisfactoriamente. Los aparatos correctivos están cubiertos solo cuando lo ordena un médico o un profesional de la salud. Para los servicios de audición, consulte la fila Servicios de audición en este Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Consulte las exclusiones relacionadas con los dispositivos correctivos en el Capítulo 6 de Exclusiones. Para ayudar a determinar qué dispositivos protésicos u ortopédicos están cubiertos, consulte las definiciones de "Prótesis" y "Ortesis" en el Capítulo del glosario. Plan cubre dispositivos protésicos como extremidades artificiales u ojos. El reemplazo de un dispositivo protésico está cubierto para un hijo Dependiente cuando sea médicamente necesario como resultado del crecimiento del niño. Ortesis (sin pie): como un yeso, una férula, un aparato ortopédico como un aparato ortopédico para la espalda o un aparato ortopédico para la rodilla, se pagan cuando sea médicamente necesario. Un dispositivo ortopédico hecho a medida se paga cuando hay una falla, contraindicación o intolerancia a un dispositivo ortopédico no modificado, prefabricado (listo para usar). Las plantillas ortopédicas (calzado ortopédico o correctivo y otros dispositivos de apoyo para los pies) se pagan (un par cada 12 meses para adultos). Un par de aparatos ortopédicos para los pies pagables una vez en un período de 6 meses para niños menores de 19 años cuando se requiere reemplazo debido al crecimiento. El plan cubre una sola peluca, tupé o postizo por persona y por vida. Un examen ocular y un par de anteojos o lentes de contacto médicamente necesarios se pagan después de la extracción quirúrgica del lente del ojo, como con una extracción de cataratas. 	Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.	Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Educación sobre diabetes</p>	<ul style="list-style-type: none"> La cobertura se paga por educación sobre diabetes. 	<p>Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>
<p>Diálisis</p> <ul style="list-style-type: none"> Diálisis para el tratamiento de insuficiencia renal aguda, enfermedad renal terminal y enfermedad renal crónica. Hemodiálisis o diálisis peritoneal y suministros administrados bajo la dirección de un médico en un hospital, centro de atención médica, consultorio médico o en el domicilio. Si es elegible para Medicare pero no se vuelve a inscribir en Medicare Parte A y Parte B después de completar el período de coordinación de 30 meses, este Plan pagará los beneficios <u>como si se hubiera inscrito</u>. Después de que se complete el período de coordinación de 30 meses, sus reclamos se reducirán como secundarios en virtud de este Plan, independientemente de su estado de inscripción en Medicare. <u>Como resultado, para recibir el importe máximo de cobertura a la que puede tener derecho en virtud de Medicare, debería considerar inscribirse y pagar las tarifas requeridas para la cobertura de Medicare, incluida la Parte B, a más tardar al final de los 30 meses del período de coordinación.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> Los pagos de beneficios pueden variar según la localización en la que el paciente realiza o recibe la hemodiálisis o la diálisis peritoneal. Cuando haya alcanzado la etapa final de insuficiencia renal (insuficiencia renal) que hace que su médico le recomiende un trasplante de riñón o un curso regular de diálisis, puede ser elegible para Medicare. Es importante que las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) soliciten con prontitud la cobertura de Medicare, independientemente de su edad. Si califica para la Parte A de Medicare (cobertura para hospitales), también puede obtener la Parte B de Medicare (cobertura para servicios ambulatorios, ambulancia, DME). Inscribirse en la Parte B es su elección, pero necesitará tanto la Parte A como la Parte B de Medicare para obtener todos los beneficios disponibles bajo Medicare para cubrir ciertos servicios de diálisis y trasplante de riñón. Consulte también el Capítulo 9 de Coordinación de beneficios que trata sobre lo que paga este Plan cuando también es elegible para Medicare. Medicare y ESRD: Una vez que sea elegible para Medicare, debe solicitar la inscripción en Medicare. Si se acepta la solicitud de inscripción, puede comenzar la cobertura de Medicare. La cobertura de Medicare comienza en diferentes momentos para diferentes personas según las circunstancias. La cobertura de Medicare por lo general comienza el primer día del mes después del 3.er mes en el que comienza un curso de la diálisis regular. Todo, o una parte, del período de espera de 3 meses puede no aplicarse si participa en un programa de capacitación de autodiálisis o si tiene un trasplante de riñón dentro del período de espera de 3 meses. <p>Cuando está en diálisis y está cubierto por Medicare y este plan de salud grupal, durante los primeros 30 meses (referido a un período de coordinación de 30 meses), su plan de salud grupal es el pagador principal de su diálisis y otros servicios médicos cubiertos. Es importante tener en cuenta que el período de coordinación de 30 meses siempre comienza en la fecha en que usted es elegible para inscribirse en Medicare debido a ESRD. Si, por ejemplo, no presenta una solicitud a tiempo para Medicare o elige no solicitarla, el período de coordinación de 30 meses se calculará con una fecha de inicio basada en el mes en el que podría haberse inscrito, si hubiera hecho una solicitud de Medicare.</p> <p>Medicare se convierte en el principal pagador de beneficios después de que finaliza el período de coordinación de 30 meses, siempre y cuando conserve la elegibilidad de Medicare basada en ESRD. Un beneficiario de Medicare puede tener más de un período de coordinación de 30 meses. El derecho a Medicare (es decir, elegibilidad y cobertura de Medicare) debido a ESRD, finalizará si no ha recibido diálisis durante 12 meses, o si han pasado 36 meses desde que tuvo un trasplante de riñón exitoso.</p>	<p>El pago puede variar según la ubicación en la que se proporciona el servicio.</p>	<p>El pago puede variar según la ubicación en el que se proporciona el servicio.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Servicios de dietista</p> <ul style="list-style-type: none"> Vea también la fila Educación sobre diabetes en este Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Cierta asesoría dietética puede pagarse como un servicio de bienestar de acuerdo con los requisitos de la Ley de cuidado de la salud asequible (ACA). Como beneficio de asesoramiento preventivo de conformidad con la Ley de cuidado de la salud asequible (ACA), el Plan cubre los siguientes servicios: para adultos con sobrepeso u obesidad y que tienen factores de riesgo adicionales de enfermedad cardiovascular (ECV): intervenciones intensivas de asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de ECV. 	Beneficio de asesoramiento preventivo: 100% sin deducible	Beneficio de asesoramiento preventivo: 100% sin deducible
<p>Medicamentos (Medicamentos Ambulatorios)</p> <ul style="list-style-type: none"> Se proporciona cobertura para aquellos productos farmacéuticos (fármacos y medicamentos) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) que requieren una receta y están aprobados por la FDA para la condición, dosis, vía, duración y frecuencia, si los prescribe un médico u otro médico practicante autorizado por ley para recetarlos. Comuníquese con el Administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM) (la figura en la Tabla de referencia al frente de este documento) para lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Los Medicamentos del Formulario Nacional Preferido. Información sobre medicamentos que requieren autorización previa (aprobación previa) por parte del personal clínico del Administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM), como hormonas de crecimiento, interferón, sustancias controladas para el tratamiento del dolor, Retin-A para mayor de 25 años, medicamentos contra la hepatitis C, Botox, ciertos medicamentos de marca y reemplazo de testosterona. Información sobre qué medicamentos tienen un límite en la cantidad pagadera por este Plan, como las pastillas para dormir. Información sobre qué medicamentos son parte del programa de terapia escalonada en el que primero prueba un medicamento comprobado y rentable antes de pasar a una opción de medicamentos más costosa. Los medicamentos de especialidad están disponibles de forma ambulatoria cuando el Administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM) los ordena y administra. Por lo general, los medicamentos 	<p>El programa de medicamentos recetados: Los beneficios de los medicamentos recetados se proporcionan a través del Administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM) del plan, cuyo nombre figura en la Tabla de referencia al frente de este documento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si el costo del medicamento es menor que el copago, usted paga solo el costo del medicamento. Medicamentos al por menor: para obtener un suministro de medicamentos de hasta 30 días de conformidad con el copago indicado a la derecha, presente su tarjeta de identificación en cualquier farmacia minorista de la Red. Comuníquese con el Administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM) (el nombre figura en la Tabla de referencia) para conocer las localizaciones de las farmacias minoristas de la Red. Tenga en cuenta que, después de que un medicamento de mantenimiento haya sido solicitado dos veces en una farmacia minorista, DEBERÁ OBTENER los futuros rellenos de ese medicamento de mantenimiento mediante pedido por correo. Servicio de medicamentos por correo (entrega a domicilio): El servicio de pedidos por correo es la forma más fácil y menos costosa de obtener muchos medicamentos de mantenimiento, además de que los medicamentos se envían directamente a su hogar. Puede usar el servicio de pedidos por correo (consulte la Tabla de referencia) para recibir un suministro de hasta 90 días de medicamentos recetados de "mantenimiento" de uso prolongado que no sean de emergencia, como medicamentos para la presión arterial alta, el colesterol alto o la diabetes. Tenga en cuenta que no todos los medicamentos están disponibles por correo. Consulte con el Administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM) para obtener más información. Para usar el servicio de pedidos por correo, solicite que su médico escriba la receta para un suministro de 90 días, con las reposiciones apropiadas. Luego envíe su receta, copago y el formulario de pedido por correo a los Servicios de pedido por correo del Administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM) la dirección figura en la Tabla de referencia. Los formularios de pedido por correo se pueden obtener del Administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM). Espere hasta 14 días para recibir su pedido. Reembolso directo al afiliado por el uso de una farmacia minorista fuera de la red: Si surte una receta en una farmacia fuera de la red, deberá pagar el medicamento al momento de la compra y más tarde (dentro de 1 año), enviar su recibo del medicamento al Administrador de medicamentos recetados (PBM) usando el Proceso de reembolso directo al afiliado (DMR). Los formularios de DMR se pueden obtener del Administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM). Asegúrese de enviar una copia del recibo del medicamento de farmacia y firme el formulario de reclamo de DMR. Para las recetas elegibles, el Plan reembolsa el 80% de lo que hubiera pagado si hubiera utilizado una farmacia de la red y hubiera pagado un copago de \$60 más un coseguro del 20%. Aviso: Los medicamentos de especialidad no se pagan fuera de la red, además, los reclamos de medicamentos extranjeros y las alergias no están cubiertos a través del reembolso directo al afiliado. El Plan proporciona un programa genérico obligatorio, lo que significa que, si se administra un medicamento de 	<p>No se aplica deducible a medicamentos ambulatorios.</p> <p>Año calendario anual El límite de gastos de bolsillo para medicamentos ambulatorios es \$1,000/persona; \$2,000/familia.</p> <p>Red de Farmacias Minoristas (suministro de hasta 30 días): Genérico: \$10 de copago. Marca preferida (formulario): copago de \$40 Marca no preferida: copago de \$60</p> <p>Medicamentos de Especialidad: copago de \$50</p> <p>Medicamentos sin costo obligatorios de la ACA: medicamentos aprobados por la FDA como anticonceptivos femeninos, ciertos medicamentos para reducir el riesgo de cáncer de seno, dosis bajas de estatinas, aspirina, medicamentos para dejar el tabaco y ciertos medicamentos de venta libre.</p> <p>Servicio de pedido por correo (suministro de hasta 90 días): Genérico: copago de \$25 Marca preferida (formulario): copago de \$100 Marca no preferida: copago de \$150</p>	

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>especializados se consideran productos inyectables, infundidos, orales o inhalados de alto costo que requieren una estrecha supervisión y monitoreo, y son utilizados por personas con condiciones únicas o crónicas como esclerosis múltiple, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, psoriasis, cáncer o hepatitis. Estos medicamentos necesitan autorización previa, frecuentemente requieren un manejo especial, son sensibles a la fecha y generalmente están disponibles solo en una cantidad de 30 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios cubiertos se acumulan para cumplir con el Límite anual de gastos de bolsillo para medicamentos, pero no incluye las cantidades que paga por los medicamentos con receta obtenidos en farmacias minoristas sin cita previa después del segundo suministro de un medicamento de mantenimiento. Los medicamentos aún no aprobados por la FDA no están cubiertos. Los medicamentos nuevos aprobados por la FDA estarán cubiertos a menos que una enmienda establezca lo contrario o se excluya la clase de medicamento. 	<p>marca en lugar de un medicamento genérico, independientemente de si usted o su médico lo solicitan, pagará el copago de la marca más la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el de marca. (excepto cuando un medicamento genérico no esté disponible o sea médicamente inapropiado, según lo determine el proveedor que lo atiende).</p> <ul style="list-style-type: none"> Sin cobertura para anticonceptivos masculinos, formas inyectables de tratamiento de la disfunción eréctil, medicamentos cosméticos, medicamentos contra la obesidad y medicamentos para el tratamiento de la fertilidad. Consulte también las exclusiones relacionadas con fármacos (medicamentos) en el Capítulo 6 de Exclusiones. De acuerdo con la Ley del cuidado de salud asequible (ACA), ciertos medicamentos de venta libre (OTC) y medicamentos recetados se pagan sin cargo cuando se recetan y se surten en una farmacia de la red. Para más detalles, consulte la tabla de medicamentos en la página 62. Para anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres: 100%, sin costo compartido para los anticonceptivos genéricos. Sin cargo por anticonceptivos recetados de marca solo si un anticonceptivo genérico no está disponible o es médicamente inapropiado según lo determine el proveedor de la atención. Ciertas vacunas recomendadas por los CDC se pagan al 100%, sin costo compartido cuando se obtienen en una farmacia minorista de la red. Comuníquese con el Programa de medicamentos recetados para obtener más información. La cobertura de medicamentos recetados de este Plan se considera cobertura de medicamentos acreditable (tan valiosa como) de Medicare. Medicamentos antihistamínicos no sedantes (p. ej. Claritin; Zyrtec); sin embargo, si la receta se surte en una farmacia participante, la persona elegible solo es responsable del 100% del precio contratado del medicamento. 		<p>Medicamentos de Especialidad: copago de \$100</p> <p>Uso de una farmacia minorista fuera de la red: Si surte una receta en un Si presenta una receta en una farmacia minorista fuera de la red, deberá pagar el medicamento al momento de la compra y, posteriormente, enviar el recibo de su medicamento al Administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM) utilizando el proceso de Reembolso directo al afiliado (DMR) como se describe a la izquierda.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Equipo Médico Duradero (DME)</p> <ul style="list-style-type: none"> Se proporciona cobertura para: <ul style="list-style-type: none"> compra de equipo modelo estándar. el alquiler o la compra determinada por el Administrador del Plan o su delegado; reparación, ajuste o servicio de DME médicamente necesario; el reemplazo del equipo médico duradero médicamente necesario está cubierto si hay un cambio en la condición física de la persona cubierta que hace que el equipo no sea funcional/sea inseguro, o si el equipo no puede repararse satisfactoriamente a un costo menor; los suministros que son necesarios para la función del equipo médico duradero también están cubiertos siempre que el equipo sea médicamente necesario para la persona que está cubierta por este Plan. Si más de una pieza de DME puede satisfacer las necesidades funcionales, los beneficios están disponibles solo para la pieza de equipo médico duradero más rentable. Se proporciona cobertura para oxígeno médicamente necesario, junto con el equipo y suministros médicamente necesarios que se requieran para la administración de oxígeno. Se proporciona cobertura para el medidor de glucosa en sangre para diabéticos y otros equipos médicos duraderos para diabetes que sean médicamente necesarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Es necesario obtener autorización previa para determinados equipos médicos duraderos llamando al Programa de autorización previa la información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al frente de este documento. Consulte también el capítulo 4 para más detalles. Para ayudar a determinar qué equipo médico duradero está cubierto, consulte la definición de “equipo médico duradero” en el capítulo del glosario. El equipo médico duradero (y los suministros necesarios para su funcionamiento) están cubiertos solo cuando su uso es médicamente necesario y lo ordena un médico o profesional de la salud. Para las mujeres que están amamantando, se proporciona cobertura para un extractor de leche manual o eléctrico estándar, más los suministros del extractor de leche necesarios para su funcionamiento. Un extractor de leche de uso hospitalario se paga si el Plan determina que es médicamente necesario. El costo de alquilar o comprar equipos de lactancia materna se prolonga durante el período de lactancia materna para el niño. El alquiler, la compra y la reparación se pagan como se indica a la izquierda. Es posible que se paguen beneficios por la compra de equipo médico duradero, incluidos acuerdos de mantenimiento, si el Administrador de Reclamaciones determina que es rentable. El importe de los beneficios que se pagan por la compra de equipo médico duradero se reducirá por los beneficios pagados por el alquiler del equipo. No están cubiertos los costos asociados con la personalización o la adaptación de equipo médico duradero, o el equipo para la conveniencia o de lujo. Consulte las exclusiones relacionadas con los dispositivos correctivos y el equipo médico duradero en el Capítulo 6 de exclusiones. 	<p>Extractor de leche y suministros necesarios para operar la bomba: Sin cargo. No se aplica deducible.</p> <p>Todos los demás DME: Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 90%.</p>	<p>Extractor de leche y suministros necesarios para operar la bomba: Sin cargo. No se aplica deducible.</p> <p>Todos los demás DME: Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Centro de Sala de Emergencias. Centro de Atención de Urgencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sala de emergencias (ER) del hospital para "Servicios de emergencia" (como se define el término en este Plan). Centro de atención urgente. Las condiciones médicas comunes que pueden ser apropiadas para un consultorio médico o centro de atención de urgencia (en lugar de una sala de emergencias) incluyen, entre otras, fiebre, dolor de garganta, dolor de oído, tos, síntomas de la gripe, esguinces, heridas óseas o articulares, diarrea o vómitos o infecciones de la vejiga. Cargos complementarios (como exámenes de laboratorio o radiografías) realizados durante la visita a la sala de emergencias o atención de urgencia. (Consulte también la sección Ambulancia de este programa). Los honorarios profesionales de los médicos y profesionales de la salud que prestan servicios cubiertos a los pacientes en una sala de emergencias o en un centro de atención de urgencia generalmente se facturan por separado de la tarifa del establecimiento. Tanto la visita a la sala de emergencias como las tarifas profesionales se pagan como parte de la visita a la sala de emergencias en esta fila. 	<ul style="list-style-type: none"> Los gastos de los servicios de la sala de emergencias están cubiertos solo cuando esos servicios son para una emergencia, ya que ese término se define en el capítulo del glosario de este documento bajo el título de "Servicios de emergencia". Los servicios de la sala de emergencias están sujetos a un copago por visita. El copago no se aplicará si se requiere una hospitalización inmediata posterior. No hay ningún requisito para autorizar previamente una visita a la sala de emergencias en el hospital. El Plan pagará una cantidad razonable por los servicios de emergencia provistos en el hospital fuera de la red, de conformidad con las regulaciones de la Ley del cuidado de salud asequible (ACA). Consulte la definición de "cargo permitido" y "servicios de emergencia". Comuníquese con el Administrador de reclamaciones del Plan Médico PPO de Anthem para obtener detalles sobre lo que el plan autoriza como el pago a proveedores de servicios de emergencia fuera de la red. 	<p>Servicios de emergencia en una Sala de Emergencias: Usted paga un copago de \$250 por visita, luego el plan paga el saldo al 90% del cargo permitido una vez que se alcanza el deducible.</p> <p>Servicios de atención urgente: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p>	<p>Servicios de emergencia en una Sala de Emergencias: Usted paga un copago de \$250 por visita, luego el plan paga el saldo al 90% del cargo permitido una vez que se alcanza el deducible.</p> <p>Servicios que no son de emergencia en una Sala de Emergencias: Usted paga un copago de \$250 por visita, luego el plan paga el saldo al 50% del cargo permitido una vez que se alcanza el deducible.</p> <p>Centro de atención urgente: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Centro de Atención Prolongada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Consulte la fila del Centro de enfermería especializada en este Programa. 		
<p>Planificación Familiar, Servicios de Fertilidad Anticonceptiva y Reproductiva</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de esterilización (por ejemplo, vasectomía, ligadura de trompas, implantes). Se proporciona cobertura para los anticonceptivos femeninos aprobados por la FDA y exigidos por la ACA (Servicio preventivo), como las píldoras anticonceptivas orales, parches, anticonceptivos de emergencia, inyectables (por ejemplo, Depo-Provera, Lunelle), dispositivo intrauterino (DIU) y extracción del DIU, capuchón cervical, anillo anticonceptivo (por ejemplo, NuvaRing), diafragma, servicio/dispositivo implantable para el control de la natalidad (por ejemplo, Implanon, Nexplanon). Consulte también la fila de medicamentos en este Programa para obtener información sobre la cobertura de anticonceptivos aprobada por la FDA donde no hay ningún cargo por los anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA enviados con una receta y obtenidos de una farmacia de la red o de pedidos por correo. Sin cargo por un anticonceptivo recetado de marca solo si un anticonceptivo genérico no está disponible o es medicamento inapropiado según lo determine el médico. No hay cobertura para anticonceptivos aprobados por la FDA obtenidos de una farmacia minorista fuera de la red. Los servicios de fertilidad e infertilidad incluyen evaluación (diagnóstico) solamente. El tratamiento no inyectable para la disfunción eréctil masculina está cubierto. Consulte la fila de medicamentos de este Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Para la cobertura de maternidad, consulte la fila maternidad en este Programa. No hay cobertura para la reversión de los procedimientos de esterilización. No hay cobertura para el tratamiento de la infertilidad. Ciertos anticonceptivos se pagan según la fila de cobertura de fármacos (medicamentos). De acuerdo con la ACA, no hay costo compartido para los anticonceptivos femeninos aprobados por la FDA y los servicios de esterilización femenina y los beneficios se pagarán al 100% sin deducible, solo para proveedores dentro de la red. Ciertos anticonceptivos están disponibles a través del Programa de medicamentos recetados (consulte la fila de medicamentos de este Programa). No hay cobertura para las formas inyectables de tratamiento para la disfunción eréctil masculina (por ejemplo, Caverject). Consulte las exclusiones específicas relacionadas con medicamentos, medicamentos y nutrición, fertilidad e infertilidad, servicios de maternidad y servicios para la disfunción eréctil en el Capítulo 6 de exclusiones. 	<p>Anticonceptivos femeninos y procedimientos de esterilización femenina: 100% sin deducible.</p> <p>Para otros servicios: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Pruebas Genéticas y Asesoramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las pruebas genéticas médicamente necesarias pagaderas en virtud de este Plan son para: <ol style="list-style-type: none"> a) pruebas de detección de recién nacidos exigidas por el estado para trastornos genéticos; b) Es obligatorio realizar pruebas genéticas (por ejemplo, BRCA, pruebas de ADN en heces como Cologuard) y proporcionar el asesoramiento genético como un servicio preventivo de acuerdo con las regulaciones de la Ley de cuidado de la salud asequible (ACA) (consulte la fila de Bienestar en este Programa). c) obtención de líquido/tejido como resultado de la amniocentesis, el muestreo de vellosidades coriónicas (CVS) y el análisis de alfafetoproteína (AFP) en mujeres embarazadas cubiertas y solo si el procedimiento es médicamente necesario según lo determinado por el administrador del plan o su delegado; d) pruebas para determinar la sensibilidad a los medicamentos aprobados por la FDA, como la prueba de sensibilidad genética a la warfarina (medicamento anticoagulante); e) pruebas genéticas recomendadas por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología para mujeres embarazadas, como la detección genética prenatal de fibrosis quística; f) la detección y evaluación de anomalías cromosómicas o características de transmisión genética en participantes cubiertos si se cumplen <u>todas</u> las condiciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • el método de prueba es considerado científicamente válido para la identificación de una enfermedad hereditaria vinculada a la genética; y • la persona cubierta presenta características / síntomas clínicos, o está en riesgo directo (antecedentes familiares o familiar de 1 ° o 2 ° grado) de desarrollar la enfermedad/condición hereditaria genéticamente vinculada en cuestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes pueden contactar al Administrador de reclamaciones del Plan Médico para obtener orientación sobre si una prueba genética propuesta es un beneficio cubierto. • El asesoramiento genético se paga cuando lo ordena un médico, lo proporciona un asesor genético calificado (u otro proveedor de atención médica calificado) y se administra respecto de una prueba genética pagadera por este plan. Cierta asesoría genética se paga como un servicio preventivo de acuerdo con las regulaciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). • Consulte las definiciones de Asesoramiento genético, Pruebas genéticas en el capítulo del Glosario. • Consulte el capítulo 6 de exclusiones para conocer las exclusiones relacionadas con las pruebas genéticas y el asesoramiento, además de las indicadas aquí. 	<p>Pruebas genéticas y asesoramiento exigidas por la Ley de cuidado de la salud asequible (ACA): 100% sin deducible.</p> <p>Todos los demás servicios: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>(pre-sintomática); y</p> <ul style="list-style-type: none"> los resultados de la prueba afectarán directamente la toma de decisiones clínicas; el resultado o tratamiento es proporcionado al individuo cubierto. 			
<p>Servicios de Audición</p> <ul style="list-style-type: none"> Hace referencia a una evaluación audiológica para medir el grado de pérdida auditiva y determinar la marca y modelo más apropiados de audífonos. Se cubre un audífono externo (monoaural o binaural) que incluye el molde del oído, el audífono externo, las baterías, los cables y otros equipos auxiliares. El Plan cubre visitas para la adaptación, asesoría, ajustes y reparaciones de audífonos para el audífono cubierto. La audioprótesis implantable, como un implante coclear, está cubierto cuando es médicamente necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> El examen de audición (audiología) se paga como una visita al consultorio del médico. La cobertura de un audífono externo médicamente necesario se paga hasta \$1,000 por dispositivo auditivo, una vez cada 24 meses, si está acompañada de una recomendación por escrito de un otorrinolaringólogo (médico especializado en trastornos del oído y la garganta) o un audiólogo certificado por el estado (proveedor capacitado para evaluar la pérdida auditiva y trastornos relacionados). No hay cobertura para los cargos por un audífono que exceda el dispositivo prescrito para la corrección de la pérdida auditiva, o un audífono que no sea médicamente necesario. 	<p>Examen de audiología: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p> <p>Audífono externo: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p> <p>Dispositivo auditivo implantable: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p>	<p>Examen de audiología: Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p> <p>Audífono externo: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p> <p>Dispositivo auditivo implantable: Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Atención Médica y Servicios de Terapia de Infusión a Domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de atención de enfermería especializada intermitente y a tiempo parcial y los suministros médicamente necesarios para proporcionar atención médica o servicios de infusión a domicilio. Cuando un enfermero registrado o un auxiliar de enfermería con licencia provean servicios, se pagarán beneficios únicamente por aquellos servicios provistos por el enfermero que exijan su habilidad y capacitación. Estos beneficios no cubren los servicios de un ayudante de enfermería, asistencia de apoyo o servicios de limpieza. 	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere una autorización previa para la atención médica domiciliaria y terapia de infusión a domicilio llamando al Programa de autorización previa la información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al inicio de este documento. Consulte también el capítulo 4 para más detalles. Consulte las exclusiones relacionadas con la atención médica domiciliaria y la asistencia de apoyo (incluida la atención personal y la atención infantil) en el Capítulo 6 de Exclusiones de este documento. La cobertura de hospicio en el domicilio se paga de conformidad con los beneficios de cuidados paliativos. La cobertura de los servicios de fisioterapia a domicilio se paga según los beneficios de los servicios de rehabilitación. 	Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.	Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.
<p>Hospicio</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de hospicio (cuidados paliativos para personas con enfermedades terminales y que pueden provocar el fallecimiento en un período de 180 días a 6 meses) incluyen cuidados paliativos para pacientes hospitalizados y cuidados paliativos a domicilio para pacientes ambulatorios. Los honorarios profesionales para médicos y profesionales de la salud que proporcionan servicios cubiertos a pacientes en un centro de cuidados paliativos generalmente se facturan por separado del arancel del centro. Consulte la fila sobre médicos de este Programa para conocer los parámetros de pago. 	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere autorización previa para recibir cuidados paliativos llamando al Programa de autorización previa la información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al inicio de este documento. Consulte también el capítulo 4 para más detalles. Cubierto solo mediante orden médica. Los beneficios de hospicio se pagan por un período de hasta 180 días de por vida (independientemente de que ocurra una interrupción en la cobertura). Los cuidados paliativos no se pagarán si el programa de hospicio no está certificado por Medicare. 	Cuidados paliativos a domicilio o para pacientes hospitalizados: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.	Cuidados paliativos a domicilio o para pacientes hospitalizados: Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.
<p>Servicios de Laboratorio (Ambulatorio)</p> <ul style="list-style-type: none"> Honorarios técnicos y profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Cubierto solo cuando es solicitado por un médico o profesional de la salud. Los servicios de laboratorio para pacientes hospitalizados están cubiertos en la sección de servicios hospitalarios de este Programa de beneficios médicos. Algunos servicios de laboratorio se pagan en función de los beneficios preventivos (de bienestar) incluidos en este Programa. 	Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.	Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Servicios de Maternidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Están cubiertos los servicios hospitalarios y médicos y los suministros relacionados con el embarazo de personas elegibles que sean empleadas o cónyuges Dependientes, con el mismo esquema que la cobertura de una enfermedad. El plan cubre los cargos del hospital y del centro de parto y los honorarios de los médicos y las enfermeras parteras certificadas por servicios de maternidad médicamente necesarios. La cobertura para el bebé solo se paga si el niño es un hijo Dependiente según se define en este Plan, y ha sido inscrito de manera adecuada y oportuna. Consulte el Capítulo de Elegibilidad sobre cómo inscribir a sus hijos Dependientes recién nacidos. El equipo de lactancia materna (extractor de leche) y los suministros necesarios para el buen funcionamiento de la bomba se pagan como se indica en la fila de Equipo médico duradero de este Programa. Para las mujeres que están amamantando, el Plan paga el apoyo y orientación integral sobre lactancia (incluidas clases de lactancia materna) al 100%, sin deducible, cuando lo proporciona un proveedor de la red que actúa dentro del alcance de la licencia del proveedor. Los proveedores de la red se enumeran en el directorio de red detallado en la Tabla de referencia. Aborto Electivo Inducido (Voluntario). Consulte la fila Pruebas genéticas para obtener información adicional. Consulte la fila de Planificación familiar y la fila de medicamentos para obtener información sobre la cobertura anticonceptiva. 	<ul style="list-style-type: none"> El Plan paga los gastos obligatorios de la Ley de cuidado de la salud asequible relacionados con la atención de maternidad de todas las mujeres, incluida una hija Dependiente embarazada, pero el Plan NO paga las ecografías y los gastos de parto de las hijas Dependientes embarazadas o de una hija Dependiente embarazada que hubiera elegido COBRA. Ciertos gastos de atención prenatal/maternidad relacionados con la atención preventiva son pagaderos para todas las mujeres (como se indica en los sitios web del gobierno en http://www.hrsa.gov/womensguidelines/ o https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/ incluso entre otros, visitas obstétricas prenatales de rutina, exámenes de detección de diabetes gestacional, pruebas de detección de VPH a partir de los 30 años, exámenes de presión arterial durante el embarazo para detectar preeclampsia y, durante la lactancia, hay cobertura para equipos de lactancia materna y los suministros necesarios para el funcionamiento del equipo, además de apoyo y asesoramiento integral sobre lactancia). Estos servicios están cubiertos sin costos compartidos para una mujer cuando son provistos por proveedores de la red. Duración de la estadía hospitalaria por el nacimiento de un bebé: conforme a la ley federal, los planes de salud colectivos como este Plan en general no pueden restringir los beneficios para cualquier duración de estadía hospitalaria en relación con el parto para la madre o el niño recién nacido de menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el plan o la compañía de seguros podrán pagar por una estadía más corta si el médico a cargo (por ejemplo, el médico o el profesional de la salud), después de consultar a la madre, da el alta a la madre o al recién nacido antes. También, conforme a la ley federal, los planes no podrán establecer el nivel de beneficios o gastos de bolsillo para que cualquier parte de estadía posterior a las 48 horas (o 96 horas) sea tratada de manera menos favorable, para la madre o recién nacido, que cualquier parte anterior de la estadía. Si da a luz en el hospital, el período de 48 horas (o el período de 96 horas) comienza en el momento del parto. Además, un plan no podrá exigir, conforme a la ley federal, que un médico o profesional de la salud obtenga una autorización para indicar una estadía de hasta 48 horas (o 96 horas). No obstante, para utilizar determinados proveedores o centros, o para reducir sus costos de bolsillo, puede requerirse que obtenga una certificación previa. Para obtener información sobre la autorización previa para una estadía de más de 48 horas para el parto vaginal o 96 horas para el parto por cesárea, comuníquese con el Programa de autorización previa para autorizar previamente la estadía prolongada en el hospital. Consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre la autorización previa. No necesita la autorización previa del Plan o de cualquier otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener atención de un profesional de la salud de la red especializado en obstetricia o ginecología. El profesional de la salud, sin embargo, puede ser necesario para cumplir con ciertos procedimientos, incluso obtener la autorización previa para ciertos servicios, seguir un Plan de tratamiento previamente aprobado, o en los procedimientos para hacer derivaciones. El aborto inducido electivo (voluntario) está cubierto solo para el empleado o el cónyuge cubiertos. 	<p>Visitas al consultorio prenatales y postnatales y servicios preventivos obligatorios de la ACA: Sin cargo, No se aplica deducible.</p> <p>Asesoramiento en lactancia y equipos y suministros para lactancia: Sin cargo, No se aplica deducible.</p> <p>Para tarifas de entrega: consulte las filas de médicos y hospitales de este Programa.</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p><u>Salud Mental y Abuso de Sustancias/Tratamiento por Trastorno por Consumo de Sustancias</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Consulte la fila de Salud conductual de este Programa. 		
<p><u>Suministros Médicos No Duraderos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se proporciona cobertura para suministros no duraderos médicamente necesarios adquiridos y utilizados por un médico o profesional de la salud junto con el tratamiento de la persona cubierta. Se proporciona cobertura para uso doméstico/personal médicamente necesario de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Suministros quirúrgicos estériles utilizados inmediatamente después de la cirugía. Suministros necesarios para la operación o uso de equipo médico duradero o aparatos correctivos cubiertos. Suministros necesarios para ser usado por personal calificado de salud en el hogar o personal de terapia de infusión a domicilio, pero solo durante el curso de los servicios requeridos. Suministros de diálisis. Suministros de colostomía y ostomía y/o suministros de catéteres urinarios. Los suministros para diabéticos (por ejemplo, jeringas de insulina, tiras reactivas, lancetas) están cubiertos por el Programa de medicamentos recetados. Los suministros necesarios de la bomba de insulina para diabéticos (si no están disponibles bajo el Programa de medicamentos recetados) se pagan en virtud de este beneficio. 	<ul style="list-style-type: none"> Para determinar qué suministros médicos no duraderos están cubiertos, consulte la definición de “suministros no duraderos” en el capítulo del Glosario. 	<p>Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Suplementos Nutricionales en Infusiones</p> <ul style="list-style-type: none"> Suplementos nutricionales (como alimentación por sonda para mantener la vida) se pagan según el diagnóstico del paciente y su condición médica, cuando sea necesario para mantener la vida o mantener un nivel razonable de buena salud, según lo determinado por el Administrador de reclamaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Deberá solicitar autorización previa para la terapia de infusión en el hogar, llamando al Programa de autorización previa, cuya información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al comienzo de este documento. Consulte también el capítulo 4 para más detalles. 	Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.	Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.
<p>Servicios Orales y Craneofaciales</p> <ul style="list-style-type: none"> Los procedimientos quirúrgicos maxilofaciales médicamente necesarios están cubiertos cuando son realizados por un médico (MD) o un cirujano oral o maxilofacial calificado. Lesión accidental en los dientes/mandíbula. Cirugía oral y/o craneofacial. Cargos de un cirujano maxilofacial para la reducción de fracturas de huesos faciales, extirpación de tumores de la mandíbula, tratamiento de luxaciones de la mandíbula, tratamiento de heridas o laceraciones o infecciones faciales y orales (celulitis oral) y extirpación de quistes o tumores de las mandíbulas/huesos faciales. Consulte también las exclusiones relacionadas con los Servicios dentales en el Capítulo 6 de Exclusiones. 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de heridas accidentales en los dientes: Este plan médico pagará el tratamiento de ciertas heridas accidentales en los dientes y la mandíbula cuando, en opinión del Administrador del plan o su delegado, se cumplan todas las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> a) La lesión accidental debe haber sido causada por una fuerza extrínseca/externa y no por una fuerza intrínseca (como la fuerza de masticar o morder); y b) El tratamiento dental de pagar es la opción más rentable que cumple con los estándares aceptables de la práctica dental profesional; y c) El tratamiento dental permite que la persona recupere la salud de los dientes y su funcionamiento normal previo a la lesión. Se alienta al proveedor del tratamiento dental a solicitar la aprobación previa del Administrador del Plan para el trabajo dental. <p>Una lesión en los dientes significa una lesión en los dientes causada por un traumatismo de una fuente externa, y no incluye una lesión causada por ninguna fuerza intrínseca, como la fuerza de morder o masticar.</p> La cirugía oral o craneofacial está cubierta para ciertos fines reconstructivos médicamente necesarios, pero no para fines cosméticos. No hay cobertura para el tratamiento o la cirugía relacionada con la disfunción o síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ/TMD). Además de los servicios indicados como cubiertos en esta fila, el Plan no cubre otros servicios dentales, incluidos, entre otros, la extracción de dientes, incluida la extracción de muelas del juicio, endodoncia como tratamiento de conducto, gingivectomía, procedimientos en preparación para futuros trabajos dentales o implante dental (como elevación de seno, injerto de tejido blando, injerto óseo/reemplazo), tratamiento o prevención de disfunción/síndrome de la articulación temporomandibular, o cirugía ortognática para el tratamiento de malposición estética de los huesos de la mandíbula. Consulte también las exclusiones relacionadas con los Servicios dentales en el Capítulo 6 de Exclusiones. 	Servicios médicos pagaderos de acuerdo con la fila de servicios médicos de este Programa.	Servicios médicos pagaderos de acuerdo con la fila de servicios médicos de este Programa.
<p>Manipulación Osteopática</p>	<ul style="list-style-type: none"> Consulte la fila de Manipulación de la columna vertebral de este Programa. 		

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p><u>Centro/Instalaciones de Cirugía Ambulatoria (Pacientes Externos)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Centro/instalaciones de cirugía ambulatoria (pacientes externos) (por ejemplo, centro ambulatorio, centro quirúrgico, cirugía del mismo día, cirugía ambulatoria). Los honorarios profesionales de los médicos y profesionales de la salud que proporcionan servicios cubiertos a pacientes en un centro de cirugía ambulatoria (pacientes externos) generalmente se facturan por separado del arancel del centro. Consulte la fila sobre médicos de este Programa para conocer los parámetros de pago. 	<ul style="list-style-type: none"> En determinadas circunstancias, el Plan Médico PPO de Anthem pagará los honorarios del centro y la anestesia asociados con los servicios dentales médicamente necesarios cubiertos por un Plan dental si el Administrador de reclamaciones del Plan Médico PPO de Anthem determina que la atención en un hospital o centro de cirugía ambulatoria es médicamente necesaria para salvaguardar la salud del paciente durante la provisión de servicios dentales. El plan médico no cubre los honorarios profesionales dentales ni los productos/suministros dentales para el servicio dental que se realiza en un hospital o centro de cirugía ambulatoria. 	<p>Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 50% de la tarifa del centro de cirugía ambulatoria. Hasta un pago máximo del Plan de hasta \$5,000 por sesión quirúrgica para servicios y suministros relacionados con la cirugía y hasta \$3,500 para otros servicios y suministros del departamento de servicios ambulatorios por episodio de tratamiento.</p>
<p><u>Medicamentos Recetados (Pacientes Ambulatorios)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Consulte la fila de medicamentos para obtener información sobre la venta minorista para pacientes externos y los medicamentos recetados de envío por correo. 		
<p><u>Atención Preventiva</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Vea las filas de Bienestar en este programa. 		
<p><u>Dispositivos protésicos</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Vea la fila de Dispositivos correctivos en este Programa. 		

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p><u>Radiología (rayos X), medicina nuclear, estudios por imágenes y servicios de radioterapia (pacientes ambulatorios)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La radiología se refiere a la rama de la medicina que usa rayos X, radiofármacos (como radioisótopos, colorantes intravenosos o materiales de contraste), resonancia magnética y ecografía para crear imágenes del cuerpo que se utilizan para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o heridas. Los servicios de radiología comunes incluyen radiografía de tórax, radiografía de abdomen/riñón, radiografía de columna, tomografía computarizada/resonancia magnética/PET y exploración ósea, ecografía, angiografía, mamografía, fluoroscopia y densitometría ósea. Honorarios técnicos y profesionales asociados con servicios de diagnóstico y radiología terapéutica, incluida la radioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Se requiere autorización previa de pruebas de diagnóstico por imágenes complejas, como las exploraciones PET</u>, llamando al Programa de autorización previa cuya información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al inicio de este documento. Consulte también el capítulo 4 para más detalles. Cubierto solo cuando es solicitado por un médico o profesional de la salud. Algunos procedimientos de radiología (como una mamografía de detección) están cubiertos por los programas preventivos/de bienestar descritos en este programa. 	<p>Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Servicios Reconstructivos y Reconstrucción Mamaria Después de una Mastectomía</p> <ul style="list-style-type: none"> Este Plan cumple con la Ley de Derechos sobre Salud y Cáncer en la Mujer (WHCRA) que indica que, para cualquier persona cubierta que esté recibiendo beneficios en relación con una mastectomía y que elija la reconstrucción mamaria en relación con ella, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Todas las etapas de reconstrucción del seno sobre el que se realizó la mastectomía; Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y prótesis y complicaciones físicas para todas las etapas de la mastectomía, incluidos las linfedemas. <p>Estos beneficios están cubiertos aplicando el mismo costo compartido que es relevante para otros beneficios del plan médico/quirúrgico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cirugía reconstructiva solo si tales procedimientos o tratamientos están destinados a mejorar la función corporal, reparar un defecto funcional y/o corregir una deformidad o desfiguración resultante de una enfermedad, infección, traumatismo, anomalía congénita o cirugía cubierta. 	<ul style="list-style-type: none"> El plan cubre prótesis mamarias externas de reemplazo y sostenes de mastectomía en los casos médicamente necesarios. Consulte las exclusiones relacionadas con los servicios cosméticos (incluida la cirugía reconstructiva) en las Exclusiones. Capítulo 6. La mayoría de los servicios cosméticos y dentales (incluidos los ortognáticos) están excluidos de la cobertura. 	<p>Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Servicios de rehabilitación: (Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios a corto plazo activos y progresivos de rehabilitación (terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla) realizados por terapeutas con licencia o debidamente calificados según la orden de un médico. Los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados en una unidad o centro de rehabilitación de un hospital de atención en casos agudos o en un centro de enfermería especializado para servicios de rehabilitación a corto plazo progresiva y activa que no pueden proporcionar de forma ambulatoria o a domicilio. Todos los beneficios están sujetos a las limitaciones y a los beneficios máximos del Plan que se muestran en la columna de Explicaciones y Limitaciones. Los honorarios profesionales de los médicos y profesionales de la salud que proporcionan servicios cubiertos a pacientes en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados generalmente se facturan por separado del arancel del centro. Consulte la fila sobre médicos de este Programa para conocer los parámetros de pago. 	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere autorización previa de una admisión de rehabilitación para pacientes hospitalizados llamando al Programa de autorización previa, la información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al inicio de este documento. Consulte también el capítulo 4 para más detalles. Los servicios de rehabilitación, incluidos los servicios de habilitación, están cubiertos mediante orden médica. Se deben proporcionar servicios de terapia con el fin de lograr la recuperación física de una incapacidad física para la cual existe una expectativa razonable de mejora significativa en el estado de esa incapacidad, según lo determinado por el Plan. Los servicios deben estar certificados por el médico como médicamente necesarios para mejorar la condición del paciente a través de la atención a corto plazo. <ul style="list-style-type: none"> Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados: el beneficio máximo es de 30 días por año calendario. Servicios de rehabilitación ambulatoria: <ol style="list-style-type: none"> Fisioterapia: el beneficio máximo es de 20 sesiones por año calendario. Terapia ocupacional: el beneficio máximo es de 20 sesiones por año calendario. Terapia del habla: el beneficio máximo es de 130 sesiones por vida (ya sea que haya habido una interrupción en la cobertura o un cambio en el estado de elegibilidad). Para estar cubierto, la terapia del habla debe ser médicamente necesaria para restaurar el habla que se vio afectada por completo o gravemente como resultado de una lesión o enfermedad accidental, o desarrollar el habla en personas cuya incapacidad para hablar es el resultado de un trastorno auditivo. No está cubierta la terapia del habla para trastornos leves del habla o por cualquier otro motivo que no esté descrito anteriormente. No se cubre más de una visita por día. No se cubre la terapia de mantenimiento a largo plazo o programas de ejercicio grupal. Consulte las exclusiones específicas relacionadas con la rehabilitación en el Capítulo 6 de Exclusiones y la definición de rehabilitación activa, pasiva y de mantenimiento en el Capítulo del Glosario. 	<p>Después de alcanzar el deducible, el Plan paga el 90%.</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Centro de Enfermería Especializada (SNF) o Centro de Atención Subaguda</p> <ul style="list-style-type: none"> Centro de Enfermería Especializada (SNF). Centro de atención subaguda, también llamado Centro de atención aguda a largo plazo (LTAC). Las tarifas profesionales de los médicos y profesionales de la salud que proporcionan servicios cubiertos a pacientes en un centro de enfermería especializada o centro de atención subaguda generalmente se facturan por separado del cargo del centro. Consulte la fila sobre médicos de este Programa para conocer los parámetros de pago. 	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere la autorización previa de un Centro de enfermería especializada llamando al Programa de autorización previa cuya información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al inicio de este documento. Consulte también el capítulo 4 para más detalles. Los servicios deben ser ordenados por un médico. La internación en un Centro de enfermería especializada o en un Centro de atención subaguda se paga por hasta 180 días por período de internación. Se considerará que todas las internaciones han ocurrido durante un período de internación a menos que las internaciones se deban completamente a causas no relacionadas, o bien haya ocurrido la recuperación completa de la lesión o enfermedad que causaron la internación previa, o, en el caso de un empleado, las internaciones estén separadas por un regreso al trabajo durante al menos un día laboral normal o las internaciones estén separadas por un período de 90 días consecutivos. Los beneficios son pagaderos si una persona elegible ha estado internada en un hospital de cuidados agudos (general) durante al menos 5 días consecutivos y luego es transferida de inmediato a un centro de enfermería especializada (también referido como centro de cuidados prolongados) para recibir tratamiento o rehabilitación adicionales (esto no incluye la asistencia de apoyo). 	<p>Sin cargo, el deducible no se aplica durante los primeros 30 días, a partir de entonces, después de alcanzar el deducible, el plan paga el 90% por los próximos 150 días.</p>	<p>Sin cargo, el deducible no se aplica durante los primeros 30 días, a partir de entonces, después de alcanzar el deducible, el plan paga el 90% por los próximos 150 días.</p>
<p>Beneficios para Dejar de Fumar/Cesación del Tabaquismo</p> <ul style="list-style-type: none"> Este beneficio puede usarse para ayudar con la adicción a la nicotina (para dejar de fumar o dejar de masticar tabaco). Los beneficios de salud conductual de este plan se pueden usar como visitas ambulatorias para recibir asesoramiento para dejar de fumar/cesación del tabaquismo. Consulte la fila de Salud conductual de este Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Se extiende la cobertura para productos de venta libre o recetados para dejar de fumar (como chicles o parches de nicotina) o asesoramiento (proporcionado por un asesor autorizado) destinado a ayudar a una persona a dejar de fumar o usar productos de tabaco. Los medicamentos se pagan a través del Programa de Medicamentos Recetados sin cargo. Presente una receta escrita de un médico de la red para productos de venta libre o recetados para dejar de fumar al farmacéutico minorista. Vea la fila de Medicamentos de este Programa. El Plan cubre: <ol style="list-style-type: none"> Detección de consumo de tabaco; y, Para aquellos que usan productos de tabaco, al menos dos (2) intentos de dejar de fumar por año. El intento de cesación incluye cobertura de: <ul style="list-style-type: none"> Cuatro (4) sesiones de asesoramiento para dejar de fumar de, al menos, 10 minutos cada una (incluido asesoramiento telefónico, asesoramiento grupal y asesoramiento individual con un asesor autorizado) sin autorización previa; y todos los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA (incluidos los medicamentos recetados y de venta libre) para un régimen de tratamiento de 90 días cuando lo recete un proveedor de atención médica sin autorización previa. 	<p>Asesoramiento y medicamentos para dejar de fumar: Sin cargo. No se aplica deducible.</p>	<p>Asesoramiento y medicamentos para dejar de fumar: Sin cobertura.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Servicios de Manipulación Espinal</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de manipulación espinal (de un doctor MD o DO o quiropráctico) que incluyen servicios auxiliares relacionados (por ejemplo, visitas al consultorio, radiografías) están sujetos al beneficio máximo anual del plan que se muestra en la columna de explicaciones y limitaciones a la derecha. 	<ul style="list-style-type: none"> Manipulación espinal realizada por un quiropráctico, doctor en medicina (MD) o doctor en osteopatía (DO): el beneficio máximo es de 24 visitas por persona por año calendario. No se cubre más de una visita por día. El tratamiento de manipulación espinal no se acumula para cumplir con el límite anual de gastos de bolsillo del Plan. 	<p>Manipulación espinal por un quiropráctico: Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 100% hasta un máximo de \$ 10 por cada visita.</p> <p>Manipulación espinal por un MD o DO: Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 90%.</p>	<p>Manipulación espinal por un quiropráctico: Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 100% hasta un máximo de \$ 10 por cada visita.</p> <p>Manipulación espinal por un MD o DO: Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>
<p>Tratamiento de Abuso/Uso de Sustancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> Consulte la fila de Salud conductual de este Programa. 		
<p>Beneficios para Cesación de Tabaquismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Consulte la fila Beneficios para dejar de fumar/cesación del tabaquismo de este Programa. 		

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Trasplantes (órganos y tejidos)</p> <ul style="list-style-type: none"> Efectivo a partir del 1-1-19: se proporciona cobertura para servicios elegibles directamente relacionados con trasplantes médicamente necesarios y no experimentales de órganos o tejidos humanos, incluidos, entre otros, trasplante de médula ósea, células madre periféricas, córnea, corazón, corazón/pulmón, intestino, tejido de islote, riñón, riñón/páncreas, hígado, hígado/riñón, pulmón(es), páncreas, hueso, tendones o piel, junto con los centros y servicios profesionales, medicamentos aprobados por la FDA y equipos y suministros médicamente necesarios. La obtención de órganos/tejidos es pagadera. La obtención incluye gastos para encontrar el órgano/tejido donado (tarifas de búsqueda de donantes), pruebas de compatibilidad del órgano/tejido potencial, cirugía o procedimientos para extraer el órgano/tejido, preservación del órgano/tejido hasta que se pueda trasplantar y tarifas de transporte para entregar el órgano/tejido al paciente o receptor. Los gastos médicos razonables y necesarios incurridos por un donante que está cubierto por este Plan, son pagaderos sin ningún costo compartido aplicable a esos gastos. Los gastos médicos razonables y necesarios incurridos por un donante que no está cubierto por este Plan, son pagaderos sin ningún costo compartido aplicable a esos gastos, pero solo en la medida en que el donante no esté cubierto por el propio seguro o plan de atención médica del donante. Los beneficios de viaje relacionados con el trasplante están disponibles para el paciente y un familiar o acompañante cuando el trasplante aprobado tendrá lugar a 75 millas o más de la residencia del paciente, como se describe en la columna Explicaciones a la derecha. 	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios de trasplante, incluidas las pruebas de evaluación previas al trasplante y los viajes relacionados, requieren autorización previa llamando al Programa de autorización previa, la información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al inicio de este documento. Consulte también el capítulo 4 para más detalles. Beneficio de viaje relacionado con el trasplante: Ciertos gastos de viaje incurridos en relación con un trasplante aprobado realizado en un centro de atención médica aprobado que se encuentra a 75 millas o más del lugar de residencia del receptor o donante están cubiertos siempre que el administrador de reclamos del plan médico autorice previamente los gastos. <ul style="list-style-type: none"> El pago máximo no excederá los \$10,000/trasplante respecto de los gastos de viaje incurridos por el destinatario y un acompañante * o el donante. <ul style="list-style-type: none"> *Nota: cuando el afiliado destinatario es menor de 18 años, este beneficio se aplicará al destinatario y a dos acompañantes del cuidador. El transporte terrestre hasta y desde el centro de atención médica aprobado cuando se encuentre a 75 millas o más del lugar de residencia del receptor o donante. Tarifa aérea económica (coach) hacia y desde el centro de atención médica aprobado cuando el centro designado se encuentra a 300 millas o más de la residencia del receptor o del donante. Alojamiento, limitado a una habitación doble. Otros gastos razonables. Beneficios para alojamiento y transporte terrestre provistos hasta los límites actuales establecidos por el Código de Impuestos Internos. El deducible anual no se aplicará y no se requerirán copagos para los gastos de viaje de trasplante previamente autorizados por el Administrador de reclamaciones. Los gastos incurridos por lo siguiente no están cubiertos: tabaco, alcohol, drogas, gastos de comidas, visitas provisionales a un centro de atención médica mientras espera el procedimiento de trasplante real; gastos de viaje para un acompañante y/o cuidador del donante de trasplante; visitas de retorno de un donante de trasplante para el tratamiento de una condición encontrada durante la evaluación; autos de alquiler; autobuses, taxis o servicios de transporte; y kilometraje dentro de la ciudad en la que se encuentra el centro médico de trasplante. Se pueden obtener detalles sobre el reembolso llamando al número de servicios para afiliados que figura en su tarjeta de identificación. Se proporcionará un formulario de reembolso de viaje para la presentación de copias legibles de todos los recibos aplicables a fin de obtener el reembolso. Consulte las exclusiones específicas relacionadas con los servicios experimentales y de investigación y los trasplantes en el Capítulo 6 de Exclusiones. Para los participantes del Plan que sirven como donantes, los gastos de los donantes no son pagaderos a menos que la persona que recibe el órgano/tejido donado sea una persona cubierta por este Plan. Se excluyen los gastos relacionados con los trasplantes o implantes de órganos y/o tejidos no humanos (xenoinjerto), excepto que el Plan sí cubre las válvulas cardíacas. 	<p>Servicios médicos pagaderos de acuerdo con la fila de servicios médicos de este Programa.</p> <p>Servicios hospitalarios pagaderos según la fila del hospital en este Programa.</p>	<p>Servicios médicos pagaderos de acuerdo con la fila de servicios médicos de este Programa.</p> <p>Servicios hospitalarios pagaderos según la fila del hospital en este Programa.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Servicios de Control de Peso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como un beneficio de asesoramiento preventivo en cumplimiento de la Ley del cuidado de la salud asequible (ACA), el plan cubre (para adultos con sobrepeso u obesidad y factores de riesgo adicionales de enfermedad cardiovascular (ECV)) intervenciones intensivas de asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de las ECV. Para los niños de 6 años de edad y mayores con obesidad, el Plan cubre intervenciones intensivas de asesoramiento conductual prescritas por el médico para promover una mejora en el estado de peso con la frecuencia de visitas recomendada por el pediatra de la red del niño. Consulte las filas de bienestar y las filas de dietista para obtener más detalles. • La cirugía de pérdida de peso (por ejemplo, cirugía bariátrica) está cubierta como se explica a la derecha. 	<p>A partir del 4-1-19, se proporciona cobertura para un procedimiento quirúrgico que promueva la pérdida de peso (por ejemplo, cirugía bariátrica) cuando <u>se cumplen TODOS los siguientes criterios</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cirugía debe considerarse médicamente necesaria y no ser experimental/de investigación/no comprobada según lo determine el administrador del Plan o su delegado. • La cirugía para la pérdida de peso (bariátrica) requiere autorización previa llamando al Programa de autorización previa la información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al inicio de este documento. Consulte también el capítulo 4 para más detalles. • Para recibir la cobertura: <ul style="list-style-type: none"> • El individuo tiene obesidad mórbida con un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más, o un IMC de 35 o más con al menos dos comorbilidades, como diabetes o afección cardiopulmonar. • Se recibe la recomendación para realizar la cirugía proporcionada por el médico de atención primaria del paciente. • El paciente está aprobado según los requisitos del proceso de autorización previa del Plan. • Existe evidencia de la participación del paciente y documentación de métodos anteriores de pérdida de peso no quirúrgicos. • La persona tiene 18 años de edad o más. • La cobertura es proporcionada únicamente por proveedores de atención médica de la red. Sin cobertura de cirugía bariátrica para cirujanos o centros que no pertenecen a la red. • Existe un copago por cirugía bariátrica. El copago generalmente se paga al médico, no al centro. • Se paga un procedimiento quirúrgico bariátrico por persona de por vida. • No hay cobertura para procedimientos/cirugía de reducción de la piel relacionados con la pérdida de peso. 	<p>Después de un copago de \$2,500 por cirugía por persona, los servicios médicos se pagan de acuerdo con la fila de servicios médicos de este Programa.</p> <p>Servicios hospitalarios pagaderos según la fila del hospital en este Programa.</p>	<p>Sin cobertura.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<p>Programa de bienestar (preventivo) Exámenes e Inmunizaciones para Niños Sanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas ambulatorias para recién nacidos y niños sanos e inmunizaciones infantiles de rutina aprobadas por la FDA y de acuerdo con las recomendaciones de los Centros para el control y prevención de enfermedades (CDC) para niños en los EE. UU., como DPT, polio, MMR, HIB, hepatitis, varicela, tétanos, vacuna contra la gripe (gripe), VPH (por ejemplo, Gardasil, Cervarix), etc. • Vacunas disponibles en la farmacia minorista: El plan cubre las vacunas obtenidas de una farmacia minorista de la red o durante una visita al consultorio del médico de la red. • Los servicios preventivos/de bienestar pagaderos por este Plan están diseñados para cumplir con las reglamentaciones de la Ley del cuidado de la salud asequible (ACA) como se describe a la derecha. • Los servicios preventivos se pagan sin importar el género asignado al nacer o el estado actual de género. • Para los niños de 6 años de edad y mayores con obesidad, el Plan cubre intervenciones intensivas de asesoramiento conductual prescritas por el médico para promover una mejora en el estado de peso con la frecuencia de visitas recomendada por el pediatra de la red del niño. • Cuando se realiza en las prácticas primarias, el barniz de flúor tópico para los dientes primarios de los niños se paga hasta los 5 años. • Consulte la página 62 para obtener información sobre el pago de medicamentos obligatorios de ACA. • Si no hay un proveedor de la red que pueda proporcionar el servicio de bienestar requerido por la Ley de cuidado de la salud asequible (ACA), el Plan cubrirá el servicio cuando lo realice un proveedor fuera de la red sin costo compartido. 	<p>Los servicios preventivos/de bienestar pagaderos por este Plan están diseñados para cumplir con las reglamentaciones de la Ley de cuidado de la salud asequible (ACA) y las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), la Administración de recursos y servicios de salud (HRSA), Bright Futures y los Centros para el control y prevención de enfermedades (CDC). Estos sitios web (actualizados periódicamente) enumeran los tipos de servicios preventivos pagaderos, incluidas las vacunas: https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/ con más detalles en http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/index.html, http://www.hrsa.gov/womensguidelines/ y https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations-by-date/ (recomendaciones clasificadas como A y B).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Además de los servicios de bienestar enumerados en los sitios web anteriores, el Plan pagará por estos servicios de bienestar: visitas al consultorio del niño sano, visitas al consultorio de la mujer sana, anticonceptivos femeninos y ciertos medicamentos de venta libre. • Cuando tanto los servicios preventivos como los servicios de diagnóstico o terapéuticos se realizan en la misma visita, usted paga el costo compartido (por ejemplo, deducible, copago, coseguro) por los servicios de diagnóstico o terapéuticos, pero no por los servicios preventivos. Cuando una visita preventiva se convierte en un servicio de diagnóstico o terapéutico en la misma visita, entonces el costo compartido (por ejemplo, deducible, copago, coseguro) se aplicará a los servicios de diagnóstico o terapéuticos proporcionados. • Los servicios preventivos se consideran para el pago cuando se facturan bajo los códigos de servicio preventivo apropiados (la adjudicación de beneficios depende de la codificación precisa de la reclamación por parte de los proveedores). Si la facturación de un servicio de bienestar se envía al administrador de reclamos con un código de diagnóstico que no sea "de bienestar", las reclamaciones se procesarán según el costo compartido habitual del plan, incluido el deducible/copago/coseguro. • Los servicios no cubiertos por el beneficio de bienestar/preventivo pueden estar cubiertos por otra parte del plan médico. Los servicios de diagnóstico adicionales que son médicamente necesarios debido al diagnóstico médico del paciente están cubiertos, sujetos a los deducibles, coseguros o copagos del plan, y todas las demás disposiciones del plan. • Si una recomendación o guía de un servicio preventivo en virtud de la Ley del cuidado de la salud asequible (ACA) no especifica frecuencia, método, tratamiento o entorno para la provisión de ese servicio, el Plan utilizará técnicas razonables de gestión médica (como edad, frecuencia, ubicación, método) para determinar los parámetros de cobertura. La frecuencia de la recomendación del servicio preventivo en virtud de la Ley del cuidado de la salud asequible (ACA) se especifica en estos sitios web: https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/, http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/index.html, http://www.hrsa.gov/womensguidelines/, y http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index. La frecuencia de las visitas preventivas para niños se paga de acuerdo con las "Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva" de Bright Futures/American Academy of Pediatrics, actualizadas periódicamente (el programa se encuentra en el sitio web: https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf). Tenga en cuenta que, para las mujeres, de conformidad con la Ley del cuidado de la salud asequible (ACA), el Plan pagará tanto una visita preventiva al consultorio como una visita al consultorio de la mujer sana en un año calendario. 	<p>Sin cargo; no se aplica deducible.</p>	<p>Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.</p>

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. *IMPORTANTE: Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la información en este documento entre en conflicto con las regulaciones de la Ley del cuidado de la salud asequible recientemente publicadas que afectan la cobertura de atención preventiva, este Plan cumplirá con los nuevos requisitos en la fecha requerida. • No se ofrece cobertura para inmunizaciones/vacunas específicamente requeridas para viajar o trabajar (que no están de otra manera recomendadas por los CDC en los EE. UU.). 		
<p><u>Programa de bienestar (preventivo): Exámenes de Mantenimiento de Salud para Adultos</u> <u>(18 años en adelante)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios preventivos/de bienestar pagaderos por este Plan están diseñados para cumplir con las reglamentaciones de la Ley del cuidado de la salud asequible (ACA) como se describe a la derecha. Ciertos medicamentos recetados y no recetados, que deben estar cubiertos de conformidad con la Ley del cuidado de la salud asequible (ACA), están disponibles a través del programa de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. La atención médica facturada como bienestar se paga por los siguientes servicios: • Examen anual de rutina de salud preventiva. A las mujeres se les permite recibir un examen ginecológico de rutina anual (GYN) además del examen de salud preventivo de rutina anual. • Vacunas para adultos aprobadas por la FDA y de acuerdo con las recomendaciones de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC) para adultos en los EE. UU., como la vacuna anual contra la gripe, la vacuna contra el VPH (por ejemplo, Gardasil, Cervarix), la vacuna contra la culebrilla, etc. • La prueba de detección de cáncer de colon se paga para adultos de 50 años o más, incluida la prueba de sangre oculta en heces de forma anual, la prueba de ADN en heces anual como Cologuard, y la colonoscopia de detección (incluidos los servicios de anestesia) cada 10 años, o cualquiera de estas pruebas una vez cada cinco (5) años: colonoscopia de detección virtual, enema de bario de doble contraste o sigmoidoscopia flexible. Sin cargo por una consulta especializada previa al procedimiento, medicamentos de preparación intestinal utilizados antes de una colonoscopia de detección, servicios de anestesia o los cargos de laboratorio por el análisis de pólipos extraídos durante una colonoscopia de detección. 	<p>Los servicios preventivos/de bienestar pagaderos por este Plan están diseñados para cumplir con las reglamentaciones de la Ley de cuidado de la salud asequible (ACA) y las recomendaciones actuales A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), Bright Futures y los Centros para el control y prevención de enfermedades (CDC). Estos sitios web (actualizados periódicamente) enumeran los tipos de servicios preventivos pagaderos (como vacunas, mamografías, citología vaginal, colonoscopia de detección con anestesia y extirpación de pólipos en el colon): https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits con más detalles en: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspsf-a-and-b-recommendations-by-date/, http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/index.html, y http://www.hrsa.gov/womensguidelines/.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De conformidad con la Ley del cuidado de la salud asequible (ACA), se pagan ciertos gastos adicionales de cuidado preventivo para todas las mujeres cubiertas como se indica en los sitios web del gobierno en http://www.hrsa.gov/womensguidelines/ o https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits incluidos, entre otros, visitas al consultorio de mujeres sanas, detección de diabetes gestacional, asesoramiento genético para mujeres en riesgo de cáncer de seno, prueba genética de cáncer de seno BRCA, prueba de VPH al menos cada 3 años a partir de los 30 años, asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual, detección y asesoramiento anual sobre el VIH, equipo y suministros para lactancia necesarios para operar el equipo, apoyo sobre lactancia. Consulte también las filas de Equipo médico duradero y Servicios de maternidad en este Programa. • Si un artículo o servicio preventivo se factura por separado de una visita al consultorio, el Plan impondrá un costo compartido con respecto a la visita al consultorio. Si el artículo o servicio preventivo no se factura por separado de la visita al consultorio, y el propósito principal de la visita al consultorio es la entrega de un Servicio preventivo, el Plan pagará el 100% por la visita al consultorio. Si el Servicio preventivo no se factura por separado de la visita al consultorio, y el propósito principal de la visita al consultorio no es la entrega de un Servicio preventivo, el Plan impondrá costos compartidos por la visita al consultorio. Por ejemplo, si una persona se somete a una prueba de detección de colesterol durante una visita al consultorio y el médico factura la visita al consultorio y por separado la prueba de laboratorio de detección de colesterol, el Plan cobrará un costo compartido (por ejemplo, deducible, copago, coseguro) por visita al consultorio, pero no para la prueba de laboratorio de detección de colesterol. • Los servicios preventivos se consideran para el pago cuando se facturan en función de los códigos de servicio preventivo apropiados (la adjudicación de beneficios depende de la codificación precisa de la reclamación del proveedor). Si la facturación de un Servicio preventivo se presenta al Administrador de reclamaciones con un código de diagnóstico que no sea "bienestar", las reclamaciones pueden procesarse bajo el costo compartido no preventivo habitual del Plan. Los servicios no cubiertos por el beneficio preventivo pueden estar cubiertos por otra parte del plan médico. Los servicios de diagnóstico adicionales que son médicamente necesarios debido al diagnóstico médico del paciente pueden estar cubiertos sujetos a los deducibles, coseguros o copagos del Plan y a todas las demás disposiciones del plan. • Si una recomendación o guía de un servicio preventivo en virtud de la Ley del cuidado de la salud asequible (ACA) no especifica frecuencia, método, tratamiento o entorno para la provisión de ese servicio, el Plan utilizará técnicas razonables de gestión médica (como edad, frecuencia, ubicación, método) para determinar los parámetros de cobertura. Si no hay un proveedor de la red que pueda proporcionar el servicio de bienestar requerido por la Ley de cuidado de la salud asequible (ACA), el Plan cubrirá el servicio cuando lo realice un proveedor fuera de la red sin costo compartido. 	Sin cargo; no se aplica deducible.	Después de alcanzar el deducible, el plan paga el 50%.

Capítulo 5: PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS POR EL PLAN MÉDICO ANTHEM PPO

Este cuadro explica los beneficios pagaderos por el Plan. Consulte también los capítulos de Exclusiones y el Glosario de este documento para obtener información importante. Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE:** Los proveedores fuera de la red reciben el pago de acuerdo con el cargo permitido según se define en el capítulo del glosario, y podrían ocasionarle una facturación de pago a usted.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	EXPLICACIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	PPO Dentro de la Red	Fuera de la Red
<ul style="list-style-type: none"> • Mamografía de detección cada dos años para mujeres de 50 a 74 años. • Como beneficio de asesoramiento preventivo en cumplimiento de la Ley del cuidado de la salud asequible (ACA), el Plan cubre los siguientes servicios para adultos con sobrepeso u obesidad y factores de riesgo adicionales de enfermedad cardiovascular (ECV): intervenciones intensivas de asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de ECV. • Consulte la página 62 para obtener información sobre los medicamentos obligatorios según la ACA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la información en este documento entre en conflicto con las regulaciones de la Ley del cuidado de la salud asequible recientemente publicadas que afectan la cobertura de atención preventiva, este Plan cumplirá con los nuevos requisitos en la fecha requerida. Los servicios preventivos se pagan sin importar el género asignado al nacer o el estado actual de género. • No se ofrece cobertura para inmunizaciones/vacunas específicamente requeridas para viajar o trabajar (que no están de otra manera recomendadas por los CDC en los EE. UU.). 		

Capítulo 6: EXCLUSIONES DEL PLAN MÉDICO PPO DE ANTHEM

Este capítulo incluye información sobre:

- **Servicios, Suministros, Gastos o Medicamentos No Cubiertos por el Plan Médico PPO de Anthem**

La siguiente es una lista de servicios y suministros o gastos **no cubiertos (excluidos) por el Plan Médico PPO de Anthem**. Consulte también las exclusiones específicas relacionadas con los beneficios de seguro dental, de visión y de vida situado en sus respectivos capítulos en este documento.

El Administrador del plan y otros fiduciarios e individuos del Plan a quienes se haya delegado la responsabilidad de la administración del mismo tendrán autoridad discrecional para determinar la aplicabilidad de estas exclusiones y los demás términos del Plan y para determinar la elegibilidad y el derecho a los beneficios del Plan de acuerdo con los términos del mismo.

Las exclusiones generales se enumeran primero, seguidas de exclusiones específicas del Plan relacionadas con cuestiones médicas.

Exclusiones generales (aplicable a todos los servicios y suministros médicos)

1. **Autopsia:** Gastos por una autopsia, examen forense y cualquier gasto relacionado, excepto lo requerido por el Administrador del plan o su delegado.
2. **Costos de informes, facturas, etc.:** Gastos por preparar o completar formularios, informes/registros médicos/dentales, facturas, formularios de incapacidad/baja por enfermedad/reclamos y similares; gastos de envío postal, correo electrónico o de gestión; y cargos por citas canceladas/perdidas, llamadas telefónicas, cargos por correo electrónico, cargos por reposición de recetas, matrículas de personas incapacitadas/formularios del automotor, cargos por intereses, recargos por demora, costos de millaje, honorarios de administración del proveedor, honorarios directos de atención primaria/acuerdo de retención/conserje, tarifas de membresía/recargo o tarifas de cobro del plan especial del proveedor para acceder a beneficios adicionales y/o tarifas de fotocopias.
3. **Orden judicial:** Gastos por servicios ordenados por el tribunal, a menos que los servicios sean médicamente necesarios y estén incluidos como un beneficio cubierto del Plan.
4. **Custodia/adopción:** Gastos por servicios de custodia parental o servicios de adopción.
5. **Tarifas de pases diarios:** Los beneficios no se pagarán por ningún día en que el paciente sea dado de alta del hospital/centro de atención médica con un pase temporal (también llamado pase diario).
6. **Servicios educativos:** Incluso si son necesarios debido a una lesión, enfermedad o incapacidad de una persona cubierta, el Plan no paga los siguientes gastos: servicios educativos, suministros o equipos, que incluyen, entre otros, computadoras, dispositivos/software, impresoras, libros, tutorías o intérpretes, ayudas visuales, ayudas auditivas o del habla/sintetizadores, ayudas auxiliares, tableros de comunicación, sistemas de escucha, dispositivos/programas/servicios para capacitación conductual, incluidos programas de intervención intensiva para cambios de conducta y/o retrasos en el desarrollo o percepción auditiva o habilidades de aprendizaje/audición (excepto los programas basados en teorías de aprendizaje y motivación

como la terapia de análisis de comportamiento aplicado que son pagaderos), programas/servicios para remediar o mejorar la concentración, memoria, motivación, lectura o autoestima, etc., educación especial y costos asociados en conjunto con sistemas táctiles como Braille o educación en lenguaje de señas para un paciente o sus familiares, y dispositivos de identificación/seguimiento médico implantable.

7. **Gastos que exceden los beneficios máximos del Plan:** Gastos que exceden cualquier limitación de beneficios del Plan o beneficio máximo del Plan como se describe en la sección programa de beneficios médicos de este documento.
8. **Gastos que exceden los cargos permitidos:** Cualquier parte de los gastos por servicios o suministros médicos cubiertos que el Administrador del Plan o su delegado determine que excede el cargo permitido (como se define en el capítulo del Glosario de este documento) o que excede un límite específico del plan respecto de los cargos permitidos.
9. **Gastos por los cuales un tercero es responsable:** Los gastos por servicios o suministros por los que un tercero debe pagar no están cubiertos. No se cubren los gastos (pasados, presentes o futuros) que la otra parte debe pagar (por ejemplo, sin culpa, protección contra heridas personales, etc.). Véanse las disposiciones relativas a la responsabilidad de terceros en el capítulo 9. El Plan excluye cualquier beneficio que de otro modo estaría disponible, si el Fideicomiso determina que el pago ya se ha realizado o es probable que sea realizado por un tercero. Por ejemplo, un acuerdo de demanda por heridas personales que el Fideicomiso determina que incluye pagos por atención médica futura.
10. **Gastos directamente relacionados con complicaciones de un servicio no cubierto** (excepto que el plan paga los servicios cubiertos que resultan de complicaciones relacionadas con un ensayo clínico aprobado), como se explica en la definición de “experimental” en el capítulo del Glosario. Directamente relacionado significa que la atención se realizó como resultado directo del servicio no cubierto y no habría tenido lugar sin el servicio no cubierto. No hay cobertura para el tratamiento de complicaciones o la reversión de un procedimiento que está excluido en virtud del Plan. No hay cobertura para las complicaciones resultantes de una cirugía estética o un tratamiento que se realizó principalmente para preservar o mejorar la apariencia (excepto que el Plan cubre las complicaciones de la reconstrucción mamaria debido a una mastectomía).
11. **Gastos incurridos antes o después de la cobertura:** Gastos por servicios o suministros proporcionados antes de que la persona recibiera cobertura del Plan médico; o después de la fecha en que finaliza la cobertura de la persona, excepto en las condiciones descritas en la sección COBRA del capítulo 3.
12. **Servicios experimentales y/o de investigación:** Gastos por cualquier servicio o procedimiento médico, suministros, o medicamentos que el Administrador del Plan o su delegado determine que son experimentales y/o de investigación o no comprobados como se define en el capítulo del Glosario de este documento. Sin embargo, los costos de rutina asociados con un ensayo clínico aprobado no se considerarán servicios experimentales.
13. **Fraude:** Fraude, tergiversación u ocultamiento, ya sea con respecto a la condición de persona elegible o las reclamaciones de prestaciones de otro modo disponibles en virtud del Plan.
14. **Terapia génica:** Gastos ocasionados o relacionados con la terapia génica (una técnica que utiliza genes humanos para tratar o prevenir enfermedades en humanos que puede incluir la introducción de ADN humano en un individuo para tratar una enfermedad).
15. **Hipnosis:** Gastos por hipnosis o hipnoterapia (siguiendo una técnica de inducción hipnótica realizada por el proveedor, la hipnosis produce un estado de vigilia de atención focalizada y una mayor sugestibilidad con una disminución de la conciencia periférica).

16. **Acto ilegal:** Atención o tratamiento de heridas derivadas de una perpetración o intención de cometer una agresión o delito grave por parte de la persona elegible, a menos que la lesión sea el resultado de violencia doméstica o la perpetración o tentativa de perpetrar un asalto o un delito sea el resultado directo de un factor de salud subyacente.
17. **Aprendizaje/educación:** Gastos por servicios educativos relacionados con la lectura, trastornos del aprendizaje, dislexia, retrasos educativos o discapacidades vocacionales.
18. **Exámenes/servicios médicos:** Exámenes, servicios y suministros médicos que no sean médicamente necesarios, con estas excepciones:
 - a. según lo dispuesto en virtud del beneficio de Servicios de Atención Preventiva.
 - b. La atención de rutina proporcionada y facturada por un hospital para un hijo Dependiente recién nacido durante la internación.
 - c. Según lo dispuesto en el beneficio de Cuidados Paliativos.
19. **Servicios médicamente innecesarios:** Los servicios o suministros que el Administrador del Plan o su delegado determinen que no son médicamente necesarios, tal como se define en el capítulo del Glosario de este documento, excepto que el Plan cubre ciertos beneficios preventivos como se describe en el programa de beneficios médicos. Médicamente necesario incluye: servicios de bienestar/preventivos como se indica en el Programa de beneficios médicos en este documento e incluye tratamiento/cirugía profiláctica que el Administrador del Plan o su delegado determina que es médicamente necesario. Por ejemplo, el Administrador del Plan o su delegado puede determinar que la cirugía para extirpar los senos y los ovarios de una mujer que tiene una mutación genética que demuestra una predisposición genética o hereditaria significativa al cáncer de seno y/u ovárico es médicamente necesaria, aunque en el momento en que se realizará la cirugía no hay evidencia objetiva de la presencia de cáncer. Cuando se determina que una mastectomía profiláctica es médicamente necesaria, el plan cumple con la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA) para cubrir la reconstrucción. La reconstrucción se explica en el Programa de beneficios médicos en la fila servicios reconstructivos.
20. **Heridas/enfermedades relacionadas con el servicio militar:** Si una persona elegible bajo este plan recibe servicios en un Hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos u otra instalación médica militar de los Estados Unidos a causa de una enfermedad o lesión relacionada con el servicio militar, el Plan no paga los beneficios. El Plan no cubre los servicios proporcionados por un hospital o instalación que fuera propiedad o esté operado por el Gobierno de los Estados Unidos o cualquier gobierno de estado o agencia autorizada del mismo o provistos a expensas de los gobiernos o agencias, excepto según lo exija la ley federal, o que se proporcionan sin costo por una subdivisión política municipal, del condado u otra.
21. **Modificaciones de casas o vehículos:** Gastos de construcción o modificación de una casa, residencia o vehículo requeridos como resultado de una lesión, enfermedad o incapacidad de una persona cubierta, que incluyen, entre otros, construcción o modificación de rampas, elevadores, pasamanos, barras de agarre para ducha/bañera, telesillas, elevadores montados en el techo, spas/jacuzzis, aire acondicionado, dispositivos de deshumidificación, eliminación de asbesto, filtración/purificación de aire, piscinas, sistema de alerta de emergencia, etc.
22. **Localización no hospitalaria:** Gastos por tratamiento de trastornos médicos/quirúrgicos y de salud mental o por uso de sustancias en estas configuraciones no hospitalarios: programa de terapia natural, programa de salud conductual al aire libre, programa tipo campamento de entrenamiento, instalación de internación, escuela militar, hogar de acogida/cuidado, hogar grupal, instalación para el cuidado de la memoria/centro de atención de la demencia, arreglo de vivienda asistida, casa a medio camino/cuarto de camino, o ambiente de vida sobria/de transición. Sin cobertura para gastos relacionados con un hogar de ancianos (que no sea un centro de enfermería especializada), un hogar sustituto o un centro de atención de la memoria/cuidado de la demencia.

23. **Proveedor no participante exento de costos compartidos.** Por cualquier costo compartido por el cual usted sea responsable de pagar de conformidad con los términos del plan (como un copago, deducible o coseguro) que exige un proveedor no participante (no perteneciente a la red).
24. **Enfermedades, heridas o condiciones laborales sujetas a la compensación de los trabajadores:** Todos los gastos incurridos por usted o cualquiera de sus Dependientes cubiertos que surjan durante el empleo o a causa del mismo (incluido el trabajo por cuenta propia) si la lesión, enfermedad o condición está sujeta a cobertura, total o parcial, bajo cualquier compensación de trabajadores o enfermedad profesional o ley similar.
25. **Institución penal/cárcel:** Atención o tratamiento en alguna institución carcelaria o prisión o cárcel de algún estado o subdivisión política.
26. **Artículos de bienestar personal:** Gastos por conveniencia, comodidad, higiene o embellecimiento, incluidos, entre otros, el cuidado de los miembros de la familia mientras el individuo cubierto está internado en un hospital u otro centro de atención médica o en cama en el hogar, comidas o camas para invitados, televisión, DVD/disco compacto (CD) y otros dispositivos similares, servicios de teléfono, peluquería o estética, kits de cabecera o admisión, limpieza o mantenimiento de la casa, compras, anuncios de nacimiento, fotografías de nuevos bebés o habitación privada (solo según sea médicamente necesario), etc.
27. **Servicios específicos de un proveedor:** Ninguna lesión corporal o enfermedad por las cuales el paciente **no esté atendido por un proveedor reconocido por el Plan** como un proveedor elegible, o atención o tratamiento proporcionados por un proveedor reconocido en caso de que la atención o tratamiento estén **fuera del alcance de la licencia o certificación del Proveedor Reconocido**, o atención o tratamiento que **no sean un servicio cubierto** por el Plan, o atención o tratamiento proporcionados por un proveedor reconocido si los beneficios del Plan para la atención o tratamiento están supeditados a acreditaciones profesionales específicas y el proveedor reconocido no satisface esas acreditaciones.
28. **Animales de servicio/animales de apoyo/terapia de caballos:** Gastos ocasionados y relacionados con **animales de servicio**, incluido un animal que ha sido entrenado individualmente para trabajar o realizar un servicio o tareas en beneficio de una persona con incapacidad, como perros lazarillos u otros perros/pájaros/caballos en miniatura que proporcionan asistencia para incapacidades y similares, animales de detección de convulsiones, animales de detección de diabetes/bajo nivel de azúcar en sangre, monos de servicio, etc. No hay cobertura para **animales de terapia psicológica o fisiológica (como apoyo emocional)**. El Plan también excluye los suministros de animales de servicio o terapia, transporte y gastos veterinarios. No hay cobertura para gastos relacionados con **la terapia asistida con equinos (caballos)**.
29. **Servicios Excluidos por No Seguir el Consejo Médico**
- Incumplimiento del tratamiento médicamente apropiado:** Gastos incurridos por una persona cubierta que no cumple con el tratamiento médicamente apropiado, según lo determine el Administrador del Plan o su delegado.
 - Salida del hospital contraria a la recomendación médica:** Gastos de hospital u otro centro de atención médica si abandona el centro en contra del consejo del médico tratante.
30. **Servicios proporcionados fuera de los Estados Unidos:** Gastos por servicios médicos o suministros prestados o proporcionados fuera de los Estados Unidos, excepto el tratamiento por una emergencia médica (como se define en el capítulo del Glosario de este documento) mientras viaja por negocios o vacaciones (asistir a la escuela fuera de los Estados Unidos no califica como un viaje de negocios o vacaciones). Si una persona elegible incurre en cargos permitidos

por atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos durante un viaje de negocios o vacaciones y paga al proveedor en ese momento, y si el cargo del proveedor es de \$50 o más, el pago debe hacerse con cheque personal, cheque cajero o tarjeta de crédito (no en efectivo) para que la persona reciba el reintegro de gastos elegibles por parte de este Plan. Se debe incluir, con la reclamación, una copia de su cheque cancelado, giro postal o cupón de su tarjeta de crédito y una factura detallada, además de los requisitos regulares de presentación, cuando la envíe al Administrador de Reclamaciones para su reintegro. Se requiere una facturación detallada para cualquier reclamación incurrida fuera de los Estados Unidos.

31. **Transporte:** Transporte que no sea ambulancia profesional terrestre, marítima o aérea. Gastos relacionados con el **transporte en ambulancia que no es médicamente necesario** para el tratamiento de una condición de emergencia, como cuando el paciente quiere estar en un determinado hospital o centro por razones de preferencia personal, el paciente está en un país extranjero o fuera del estado, y quiere para regresar a casa o quiere regresar a un centro de atención médica de la red para continuar el tratamiento que no sea de emergencia, si el paciente que no tiene una condición de emergencia desea ser transportado de un centro de atención médica a su hogar o de su hogar a un centro de atención médica, o si el paciente ha fallecido (es decir, transporte a la oficina forense o la morgue).
32. **Reclamaciones impagas:** Las reclamaciones pendientes de pago que tenga con respecto a las cuales no se hayan agotado los recursos administrativos en virtud de los procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones del Plan y cualquier reclamación que le haya sido denegada en el curso del agotamiento de los recursos administrativos, en caso de que una acción para hacer cumplir tales reclamaciones no haya comenzado de acuerdo con el Artículo 502(a) de ERISA, a más tardar, el primer aniversario de la fecha de la notificación escrita de la decisión sobre la segunda apelación denegando la reclamación.
33. **Reclamaciones no presentadas a tiempo:** Los gastos por servicios o suministros que de otro modo estarían cubiertos por el plan médico no estarán cubiertos ni serán pagaderos por el plan si una reclamación por el pago de los servicios **no se presenta al Administrador de reclamaciones del plan médico dentro de los 15 meses** a partir de la fecha en que el servicio es proporcionado o el suministro proporcionado.
34. **Guerra o evento similar:** Gastos incurridos como resultado de una lesión o enfermedad debido a cualquier acto de guerra, ya sea declarado o no declarado, acto bélico, disturbios, insurrección, rebelión o invasión armada, agresión, excepto según lo exija la ley.

Exclusiones aplicables a servicios y suministros médicos específicos

- A. **Exclusiones a los servicios de cuidado de la salud complementaria/alternativa por alergias**
 1. Gastos de acupuntura y/o acupresión.
 2. Gastos por terapia de quelación, excepto que el plan cubre el tratamiento médicamente necesario de intoxicación por plomo, arsénico agudo, oro, mercurio o enfermedades por exceso de cobre o hierro.
- B. **Exclusiones de Aparatos Correctivos, Equipos Médicos Duraderos y Suministros No Duraderos**
 1. Gastos por cualquier **artículo que no sean** aparatos correctivos, aparatos ortopédicos, aparatos protésicos o equipo médico duradero, ya que cada uno de esos términos se define en el capítulo del Glosario de este documento, incluidos, entre otros, purificadores de aire, piscinas, *spas*, saunas, escaleras mecánicas, ascensores, almohadas, colchones, camas de agua y aires acondicionados.

2. Gastos por el **reemplazo de** aparatos correctivos, aparatos ortopédicos, dispositivos protésicos o equipos médicos duraderos **perdidos, faltantes o robados, duplicados o personalizados**. Consulte la fila Aparatos correctivos y la fila Equipo médico duradero de la lista de beneficios médicos para obtener información sobre reparación, ajuste, servicio y reemplazo de un dispositivo en ciertas situaciones.

Ver también las exclusiones de audición.

C. Exclusiones de Servicios Cosméticos

1. Cirugía estética o tratamiento y complicaciones derivadas de este tipo de cirugía o tratamiento, excepto:
 - a. Las operaciones necesarias para reparar una desfiguración debido a un accidente.
 - b. Las operaciones necesarias para reparar una anomalía congénita en un hijo Dependiente.
 - c. La reconstrucción mamaria después de una mastectomía, lo que incluye la reconstrucción del seno en la que se realizó la cirugía, la cirugía del otro seno para producir un aspecto simétrico y la prótesis y complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo las linfedemas.

La cirugía o tratamiento cosmético incluye cirugías o tratamientos médicos destinados a mejorar o preservar la apariencia física o la autoestima o para tratar la sintomatología psicológica o las quejas psicosociales relacionadas con la apariencia, pero no para tratar la función física.

No hay beneficios disponibles para cirugías o tratamientos para cambiar la textura o el aspecto de la piel o para cambiar el tamaño, la forma o el aspecto de las características faciales o corporales (incluidos, entre otros, la nariz, los ojos, las orejas, las mejillas, el mentón, el pecho o senos).

Aviso: El Programa Médico **cubre** servicios reconstructivos médicamente necesarios. La cirugía reconstructiva se paga solo si así lo exige la ley (por ejemplo, simetría mamaria después de una mastectomía), o si el procedimiento o tratamiento está destinado a mejorar la función corporal, reparar un defecto funcional y/o corregir una deformidad o desfiguración resultante de una enfermedad, infección, trauma, anomalía congénita (defecto de nacimiento) o cirugía cubierta. Los participantes del Plan deben usar el procedimiento de autorización previa del Plan para determinar si una cirugía o servicio propuesto se considerará como cirugía estética o como un servicio reconstructivo médicamente necesario.

La cirugía estética o el tratamiento que no está cubierto incluye, pero no se limita a:

- a. revisión de cicatrices, a menos que sea necesaria una cirugía para reparar una desfiguración debido a un accidente o como resultado de una anomalía congénita en un hijo Dependiente cubierto.
- b. Eliminación de tatuajes, perforación de orejas o cuerpo, depilación por electrólisis.
- c. Aumento de senos o mastopexia (excepto que el plan cubre servicios reconstructivos después de una mastectomía).
- d. Reducción de senos (incluido el tratamiento de la ginecomastia benigna en hombres).
- e. Eliminación de piel redundante o excesiva, incluida la eliminación de piel redundante del abdomen, abdominoplastia o reducción de la piel después de la pérdida de peso.
- f. Cirugía para mejorar la autoestima o tratar los síntomas psicológicos o las quejas psicosociales relacionadas con la apariencia.
- g. Tratamiento de venas varicosas.

- h. Rejuvenecimiento de la piel, esculpir el cuerpo, exfoliación química de la piel, productos cosméticos para la piel como Restylane y Renova, colágeno y otros productos inyectables de relleno como Juvederm, Perlane, Radiesse.
- i. Estiramiento de la cara, frente, cejas, párpados (blefaroplastia) o cuello; mejora, reducción o implante de nariz, labio, mejilla, malar o mentón; reducción de hueso facial,
- j. Implantes, *elevación* o aumento de pectorales/pantorrillas/glúteos.
- k. Contorneado corporal de liposucción.
- l. Reducción de la condroplastia tiroidea.
- m. Implante testicular (a menos que se deba a una anomalía congénita en un hijo cubierto).
- n. Cirugía de modificación de la voz (laringoplastia o acortamiento de las cuerdas vocales), terapia de voz/lecciones de voz.
- o. Medicamentos para la pérdida del cabello, el crecimiento del cabello, la depilación, la implantación del cabello u
- p. Otro tratamiento médico o quirúrgico destinado para restaurar o mejorar la apariencia física, según lo determine el administrador del plan o su delegado.

La cirugía estética no se convierte en cirugía reconstructiva por razones psicológicas.

D. Exclusiones a la asistencia de apoyo

1. Servicios provistos por una institución que sea principalmente un lugar de descanso, un hogar para ancianos, un hogar de convalecencia o cualquier institución de carácter similar, o en un sanatorio, a menos que se especifique lo contrario en el plan.
2. Asistencia de Apoyo, excepto lo que está específicamente establecido conforme los beneficios de cuidados paliativos del Plan Médico PPO de Anthem. (Tenga en cuenta que el término “Asistencia de Apoyo” tiene un significado especial; consulte el Glosario al final de este folleto. Entre otras cosas, el cuidado que simplemente mantiene la condición de una persona o
3. hace que la persona se sienta más cómoda puede considerarse Asistencia de apoyo y no está cubierto).
4. Los gastos de asistencia de apoyo, tal como se definen en el capítulo del glosario de este documento, se excluyen independientemente de dónde se proporcionan, incluidos, entre otros, cuidado diurno para adultos, cuidado diurno infantil, servicios de ama de casa o ama de llaves, o cuidado personal, niñera/servicio de acompañante/cuidador.
5. Los servicios que deben ser realizados por médicos, enfermeras u otros proveedores de atención médica calificados **no se** consideran que deban ser proporcionados para los servicios de asistencia de apoyo, y están cubiertos si el Administrador del Plan o su delegado determina que son médicamente necesarios. Sin embargo, cualquier servicio que un familiar que no sea médico, enfermero u otro proveedor de atención médica capacitado pueda aprender a realizar o pueda proporcionar **no está cubierto**, incluso si es médicamente necesario.

E. Exclusiones de Servicios Dentales

1. Cualquier operación o tratamiento en relación con la colocación o el uso de **dentaduras postizas o para el tratamiento de dientes o encías**, excepto que se cubrirán los cargos permitidos en relación con los siguientes tratamientos médicamente necesarios cuando los preste un médico o dentista:
 - a. Tratamiento de tumores o heridas.

- b. Tratamiento de heridas accidentales en los dientes por una causa externa no relacionada con morder o masticar (incluido su reemplazo) y fracturas.
 - c. Procedimientos quirúrgicos maxilofaciales (reconstructivos no cosméticos) si los realiza un cirujano oral y maxilofacial calificado (como para la reducción de fracturas de huesos faciales, extirpación de tumores de la mandíbula, tratamiento de luxaciones de la mandíbula, tratamiento de heridas faciales y orales, laceraciones o infecciones [celulitis] y la extirpación de quistes o tumores de las mandíbulas/huesos faciales), **pero no para el tratamiento del trastorno/síndrome de la articulación temporomandibular (TMD/ TMJ)**, y
 - d. servicios y suministros cubiertos en virtud de los beneficios del hospital y la anestesia para el tratamiento dental, que deba llevarse a cabo en un hospital, según lo determine el Administrador de Reclamaciones. Para que esté cubierto este tipo de servicios y suministros, es obligatoria la autorización previa (consulte la sección “Autorización Previa” anteriormente en el Capítulo 4) y un médico o una enfermera registrada anestesista (CRNA) debe prestar los servicios de anestesia.
2. Gastos por **servicios o suministros dentales** de cualquier tipo (incluso si son necesarios debido a síntomas, anomalías congénitas, enfermedades o heridas que afectan la boca u otra parte del cuerpo), incluidos, entre otros, prótesis dentales, implantes dentales, férulas, retenes, aparatos orales, servicios de ortodoncia, endodoncia, restauraciones dentales y servicios dentales para el cuidado, llenado, extracción o reemplazo de dientes, incluida la extracción de muelas del juicio o el tratamiento de heridas o enfermedades de los dientes, encías o estructuras que soportan o se adhieren directamente a los dientes (excepto que el Plan cubre heridas accidentales de los dientes como se explica en la fila de Servicios orales del programa de beneficios médicos).

Los gastos no cubiertos por el Plan médico también incluyen servicios dentales como gingivectomía, procedimientos en preparación para futuros trabajos o implantes dentales (como elevación de seno, injerto de tejido blando, injerto/reemplazo de hueso).

F. Drogas, Medicamentos Y Exclusiones Nutricionales

1. Productos farmacéuticos que requieren una receta y que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) o que son experimentales y/o de investigación, tal como se define en el capítulo del Glosario de este documento.
2. Medicamentos sin receta (es decir, sin leyenda o de venta libre), excepto que el Plan cubre insulina y jeringas y ciertos medicamentos de venta libre y recetados de acuerdo con las reglamentaciones de la Ley del cuidado de la salud asequible (ACA), sin costo alguno cuando los receta un médico o profesional de la salud y se solicitan en una farmacia de la red.
3. Alimentos y suplementos nutricionales/dietéticos que incluyen, entre otros, comidas caseras, fórmulas, alimentos, dietas, vitaminas, hierbas y minerales (tanto los de venta libre como los que requieran una receta médica), excepto que lo siguiente sea pagadero:
 - a. alimentos y suplementos nutricionales proporcionados durante una hospitalización cubierta,
 - b. cuando se prescribe de conformidad con las reglamentaciones de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA),
 - c. el soporte nutricional puede ser pagadero cuando el Administrador del Plan o su delegado lo determina como medicamento necesario, y es imprescindible para la vida (es el único o principal medio de ingesta nutricional adecuada) y se administra por vía enteral (es decir, por sonda de alimentación) o por vía parenteral (es decir, por administración intravenosa)

tal como nutrición parenteral total/NPT) y no es un espesante alimentario, fórmula infantil, fórmula infantil especial, leche materna de donante, comida para bebé u otro producto/sustancia sin receta que se pueda mezclar en una licuadora.

4. Productos y sustancias naturopáticos, naprapáticos u homeopáticos.
5. Los siguientes medicamentos, fármacos o dispositivos:
 - a. anticonceptivos masculinos, como condones;
 - b. productos o agentes farmacológicos para la fertilidad;
 - c. productos dentales tales como preparaciones de flúor, (excepto cuando sea necesario que estén cubiertos de conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA)) y productos para enfermedades periodontales;
 - d. productos de depilación o para crecimiento del cabello (por ejemplo, Propecia, Rogaine, Minoxidil, Vaniqa);
 - e. Gerovital, Geriatrium y preparaciones antienvjecimiento relacionadas;
 - f. formas inyectables de tratamiento para la disfunción eréctil masculina (por ejemplo, Caverject); sin embargo, las formas no inyectables están cubiertas.
 - g. productos cosméticos, para la salud y la belleza, como Restylane y Renova así como también colágeno y otros productos inyectables de relleno como Juvederm, Perlane, Radiesse;
 - h. productos para el control del peso (contra la obesidad) (por ejemplo, Xenical, Contrave), excepto que el Plan cubre los medicamentos recetados para el control del peso que se utilizan como tratamiento para personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o personas con narcolepsia.
 - i. cualquier forma de marihuana, marihuana medicinal o producto/aceite/consumible a base de marihuana, excepto que el Plan cubre marihuana o derivados de marihuana aprobados por la FDA, como tetrahidrocannabinol (por ejemplo, Marinol) y cannabidiol (Epidiolex);
 - j. vitaminas y suplementos dietéticos (a menos que la ley lo exija),
 - k. Tratamiento de medicamentos recetados para bajar de peso. Esta exclusión no se aplica en la medida en que el tratamiento de control de peso constituya un examen y asesoramiento preventivo para la obesidad exigidos por la ACA o califique como un servicio preventivo obligatorio por la ACA (consulte la fila de Bienestar del Programa de Beneficios Médicos).
6. Medicamentos recetados compuestos a menos que haya al menos un ingrediente que requiera una receta según lo define la ley federal.
7. Medicamentos para llevar a casa o medicamentos provistos por un hospital, sala de emergencias, centro/institución quirúrgica ambulatoria u otro centro de atención médica.
8. Vacunas, inmunizaciones, inoculaciones o inyecciones preventivas necesarias debido a viajes al extranjero/internacionales como la fiebre amarilla o para protegerse contra riesgos y peligros laborales. Tenga en cuenta que ciertas vacunas/inmunizaciones son pagaderas cuando se requieren para el tratamiento de una lesión o debido a la exposición del participante a una enfermedad/infección (como vacunación antirrábica, contra el tétanos, antídotos frente a venenos o inmunoglobulina) y esas inmunizaciones de rutina provistas

según los beneficios preventivos para niños y/o adultos como se describe en el Programa de beneficios médicos en este documento.

9. Este Plan ha adoptado el formulario actual del Programa de Medicamentos Recetados, incluida su lista de Medicamentos preferidos, como el Formulario del Plan de Medicamentos cubiertos. Según el formulario del Programa de Medicamentos Recetados (que se actualiza periódicamente), ciertos medicamentos no están cubiertos por el Plan, o solo están cubiertos cuando el Programa de Medicamentos Recetados los aprueba previamente. Comuníquese con Express Scripts para obtener información sobre el formulario o el Proceso de excepción de medicamentos.

Proceso de excepción de medicamentos: el Plan tiene un proceso de excepción administrado por el Administrador de medicamentos recetados (la información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al comienzo de este documento). El proceso de excepción permite que el médico de un afiliado se comunique con el Administrador de medicamentos recetados para solicitar que un medicamento no cubierto sea pagadero según el Plan. El médico debe enviar por fax al equipo clínico del Administrador de medicamentos con receta que revisará y responderá al médico con su determinación, la solicitud de una excepción de medicamentos y las razones clínicas por las cuales se necesita el medicamento, incluido el por qué no se puede usar en su lugar un Formulario (Medicamento Preferido).

G. Exclusiones del Equipo Médico Duradero

Consulte las exclusiones relacionadas con aparatos correctivos y equipos médicos duraderos.

H. Exclusiones de Servicios de Fertilidad e Infertilidad

1. Todos los servicios o suministros relacionados con el **tratamiento de la infertilidad**, que incluyen, entre otros, inseminación artificial, fertilización in vitro, reversión de la esterilización y terapia hormonal, medicamentos recetados para promover la fertilidad, procedimientos o dispositivos para lograr la fertilidad; fertilización in vitro (FIV); baja transferencia tubárica; transferencia de embrión; transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT); transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT); recolección/almacenamiento/compra de óvulos/semén de donantes; crioconservación (congelación) de huevo/esperma; trasplante de ovario; gastos de donantes de infertilidad; implantes fetales; servicios de reducción fetal; otros procedimientos de impregnación quirúrgica y gastos relacionados con la adopción. Tenga en cuenta que el diagnóstico de infertilidad es un beneficio cubierto como se explica en la fila de Planificación familiar del Programa de beneficios médicos.

I. Exclusiones de Cuidado de Pies/Manos

1. Gastos para el **cuidado de rutina de los pies** (el cuidado de rutina de los pies incluye, entre otros, la limpieza higiénica de los pies con el recorte de las uñas, la eliminación o reducción de callos y durezas, la eliminación de la piel gruesa/agrietada del pie, cuidado preventivo con evaluación de pulsos, condición y sensación dérmica). El cuidado de rutina de los pies administrado por un profesional médico con licencia, incluido un podólogo, se paga cuando es médicamente necesario para personas con diabetes o una insuficiencia neurológica o vascular que afecta los pies.
2. Gastos por cuidado de manos, incluso manicura y acondicionamiento de la piel y otros cuidados higiénicos/preventivos realizados en ausencia de enfermedad localizada, lesión o síntomas relacionados con la mano, a menos que el Administrador del Plan o su delegado determine que el cuidado es médicamente necesario.

J. Exclusiones de Pruebas Genéticas y asesoramiento

1. **Prueba genética:** los siguientes gastos para las pruebas genéticas no están cubiertos, incluida la obtención de una muestra y análisis de laboratorio para detectar o evaluar anomalías cromosómicas o características de transmisión genética. (Ciertas pruebas genéticas están cubiertas según lo indicado como pagadero en la fila de Pruebas genéticas en el Programa de beneficios médicos). Los servicios genéticos que **no están cubiertos** incluyen:
 - a. **Pruebas genéticas preparentales** (también llamadas pruebas de portador) destinadas a determinar si una persona (como un posible padre) está en riesgo de transmitir una mutación genética particular (en riesgo de generar hijos afectados);
 - b. Gastos para el **diagnóstico genético previo a la implantación (PGD)** en el que se extraen una o más células de un embrión y se analizan genéticamente para determinar si es normal en relación con la fertilización in vitro;
 - c. No hay cobertura de las pruebas genéticas de los participantes del Plan si la prueba se realiza principalmente para el manejo médico de los miembros de la familia que no están cubiertos por este Plan. Los costos de las pruebas genéticas pueden estar cubiertos para un miembro de la familia no cubierto solo si las pruebas afectarían directamente el tratamiento médicamente necesario de un participante del Plan;
 - d. **Las pruebas de paternidad y los kits/servicios de pruebas genéticas directas al consumidor (DTC)** no están cubiertos.
 - e. Las pruebas genéticas que el Administrador del Plan o su delegado determinan que **no son médicamente necesarias o que se determina que son experimentales o de investigación.**

Consulte la fila de Servicios genéticos del Programa de beneficios médicos para obtener una descripción de los servicios genéticos cubiertos por el Plan.

Los participantes del Plan deben comunicarse con el Administrador de Reclamaciones del Plan Médico PPO de Anthem para obtener ayuda para determinar si una prueba genética propuesta estará cubierta o excluida.

2. **Asesoramiento genético:** los gastos de asesoramiento genético no están cubiertos, a menos que se cumplan estas tres condiciones: a) sea pedido por un médico, b) realizado por un asesor genético calificado (u otro proveedor de atención médica calificado) y c) realizado con respecto a una prueba genética pagadera por este Plan.

K. Exclusiones Respecto del Cabello

1. Medicamentos o dispositivos como un tratamiento por alopecia (pérdida de cabello). Gastos relacionados con la depilación o trasplantes de cabello y otros procedimientos para reemplazar el cabello perdido o para promover el crecimiento del cabello, incluidos los medicamentos recetados y no recetados como Minoxidil, Propecia, Rogaine, Vaniqa; o gastos relacionados con el reemplazo de cabello, que incluyen, entre otros, dispositivos, pelucas, peluquines, postizos, prótesis craneales capilares o análisis capilares (excepto que el Plan proporcione beneficios para una sola peluca, peluquín o postizo como se describe en la sección de Aparatos correctivos del Programa de beneficios médicos).

L. Exclusiones de Atención Auditiva

1. No hay cobertura para los cargos por un audífono que exceda el dispositivo prescrito para la corrección de la pérdida auditiva, o un audífono que no sea médicamente necesario. Consulte también la fila de Servicios de audición en el Programa de beneficios médicos.

M. Exclusiones de Atención Médica a Domicilio

1. Gastos por cualquier servicio de atención médica domiciliaria que no sean servicios y suministros de **enfermería especializada** intermitentes a tiempo parcial.
2. Gastos en virtud de un programa de atención médica a domicilio por servicios proporcionados por alguien que no actúa dentro del alcance de su licencia y que habitualmente vive en el hogar del paciente o es padre, cónyuge, hermano por nacimiento o matrimonio, o hijo del paciente; o cuando el paciente no está bajo el cuidado continuo de un médico.
3. Gastos por servicios de ama de casa, cuidado de custodia, cuidado de niños, cuidado diurno para adultos, cuidador o asistente de cuidado personal, excepto según lo dispuesto en la cobertura de hospicio (cuidados paliativos) del Plan.

N. Exclusiones sobre Maternidad/Planificación Familiar/Anticonceptivos

1. Servicios o suministros médicos para madres sustitutas, excepto si la **madre sustituta** es una persona elegible según este Plan. Servicios o suministros médicos para madres sustitutas, excepto si la madre sustituta es una persona elegible conforme a este Plan, los gastos médicos de otro modo cubiertos por este Plan en que se haya incurrido con respecto a un embarazo, estarán cubiertos de acuerdo con los términos del Plan (incluidos los beneficios de coordinación si la persona elegible también está cubierta por otro plan grupal), a menos que la persona elegible esté recibiendo una remuneración por maternidad sustituta o que sus gastos médicos por el embarazo estén siendo pagados por otra persona o entidad.
2. **Anticoncepción:** gastos relacionados con medicamentos anticonceptivos sin receta y dispositivos para hombres, como condones.
3. **Interrupción del embarazo:** gastos por aborto inducido por elección (voluntario) para un hijo Dependiente cubierto.
4. Los gastos relacionados con la **atención de maternidad que no sean obligatorios en virtud de ACA, y los gastos de parto asociados con una hija Dependiente embarazada o hija que era Dependiente y ahora es participante de COBRA.** Esta exclusión de la atención de maternidad para una hija Dependiente embarazada no se aplica en la medida en que los gastos califiquen como atención prenatal y posnatal proporcionada en la fila de Servicios preventivos del Programa de beneficios médicos, sino que la exclusión se aplica a los servicios de maternidad que no sean visitas al consultorio tales como ecografías y gastos de envío.
5. Gastos relacionados con la **criopreservación de sangre del cordón umbilical u otros tejidos u órganos, o gastos relacionados con el almacenamiento y envío de leche materna.**

Para Suministros No Duraderos (consulte Aparatos Correctivos)

O. Exclusiones de Terapia de Rehabilitación (Pacientes Hospitalizados o Ambulatorios)

1. Terapia de mantenimiento a largo plazo o programas de ejercicio grupal.
2. Membresías de gimnasios y la compra o renta de equipos de ejercicio y salud, incluso si las actividades fueron recomendadas por un médico (como ejercicio, natación, masajes, etc.)
3. Terapia recreativa, terapia educativa, terapia ocupacional (a menos que la terapia sea considerada terapia física por el Fideicomiso y cumpla con los requisitos para la cobertura dentro de los beneficios de terapia física del Plan), entrenamiento laboral, rehabilitación

vocacional o formas de entrenamiento no médico, cuidado personal o de autoayuda, y cualquier prueba de diagnóstico relacionada.

4. Gastos de terapia de masaje, terapia *rolfing* (manipulación muscular profunda y masaje), terapia craneosacral (manipulación rítmica no invasiva de las áreas craneosacrales) y servicios relacionados.
5. Los gastos producidos en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados por cualquier servicio de terapia de rehabilitación para este tipo de paciente que se proporciona a una persona que está inconsciente, en estado de coma o a juicio del Administrador del Plan o su delegado, es incapaz de participar conscientemente en los servicios de terapia y/o no puede aprender y/o recordar lo que se le enseña, incluidos, entre otros, programas de estimulación de coma y servicios similares.
6. La terapia del habla no se considera médicamente necesaria y no es un beneficio cubierto para las **disfunciones de autocorrección** que causan trastornos de fluidez verbal o de la articulación, como **tartamudeo, balbuceo, ceceo e interposición lingual**, defectos en la calidad de la voz, como tono, volumen o para mejorar el habla en público, o para trastornos de origen psiconeurótico.
7. Servicios de rehabilitación que no requieren las habilidades de un terapeuta con licencia, y/o servicios de rehabilitación realizados cuando no se espera una mejora significativa.

P. **Exclusiones de Servicios de Disfunción Sexual/Eréctil**

1. **Tratamiento de la disfunción eréctil (impotencia):** gastos por medicamentos recetados inyectables (por ejemplo, Caverject, Edex, Prostin VR) y/u otro tratamiento médico o quirúrgico de la disfunción o insuficiencia eréctil, incluidos, entre otros, implantes, dispositivos o preparaciones para corregir o mejorar la función eréctil, la sensibilidad o alterar la forma o apariencia de un órgano sexual, pruebas de laboratorio de diagnóstico o de confirmación, como estudios de flujo sanguíneo, pruebas de tumescencia, ecografía, niveles hormonales en la sangre. Tenga en cuenta que el tratamiento no inyectable de la disfunción eréctil está cubierto como se explica en la fila de Planificación familiar del Programa de beneficios médicos.
2. **Tratamiento de la disforia de género/incongruencia de género:** servicios o suministros en relación con el cambio de las características físicas de una persona elegible a las del sexo opuesto (esto incluye cualquier tratamiento médico, quirúrgico o psiquiátrico o estudio relacionado con el cambio de sexo). Gastos por tratamiento médico, quirúrgico o de medicamentos recetados relacionados con el tratamiento de la disforia de género, incongruencia de género, incluidos los procedimientos transgéneros, transexual, de reasignación de género (cambio de sexo), la preparación para tales procedimientos, cualquier complicación resultante de tales procedimientos o la reversión de cualquiera de tales procedimientos.
3. Cirugía para revertir una cirugía genital previa o reversión de la cirugía para revisar las características sexuales secundarias (cambios físicos relacionados con la pubertad).

Q. **Trastornos del Sueño/Ronquidos/Apnea Obstructiva del Sueño**

1. Gastos relacionados con el tratamiento médico o quirúrgico de trastornos del sueño o ronquidos, incluidos equipos médicos y aparatos orales; **sin embargo, el Plan cubrirá** los estudios de diagnóstico de sueño y el tratamiento médicamente necesario de la apnea obstructiva del sueño (AOS) documentada.

R. Exclusiones de Trasplantes (Órganos y Tejidos)

1. Gastos por trasplantes de órganos y/o tejidos humanos que no son médicamente necesarios o que son experimentales y/o de investigación, incluidos, entre otros, la detección, adquisición y selección de donantes, extracción de órganos o tejidos, transporte, trasplantes, servicios posoperatorios y medicamentos/fármacos y todas sus complicaciones. Tenga en cuenta que el Plan cubre los Servicios de trasplante que se enumeran en Trasplante en el Programa de beneficios médicos.
2. Para los participantes del Plan que sirven como donantes, este Plan no paga los gastos de los donantes a menos que la persona que recibe el órgano/tejido donado sea una persona cubierta por este Plan.
3. Gastos relacionados con trasplantes o implantes de órganos y/o tejidos no humanos (Xenoinjerto), excepto que el Plan cubre las válvulas cardíacas.

S. Exclusiones del Plan de la Visión

1. Gastos por diagnóstico y tratamiento de errores de refracción, incluidos exámenes oculares, compra, ajuste y reparación de anteojos o lentes, lentes de contacto, ajuste de lentes de contacto y suministros asociados. Consulte la fila Aparatos correctivos en el Programa de beneficios médicos para obtener información sobre la cobertura de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía para retirar la lente del ojo.
2. Corrección quirúrgica de defectos de refracción, incluidos, entre otros, el procedimiento Lasik o similar, a excepción de cuando la miopía del paciente no se puede corregir a 20/40 o mejorar con anteojos o lentes de contacto. (La cirugía cubierta se limita a una cirugía para cada ojo durante la vida de una persona, hasta un pago máximo de \$1,000 por cada cirugía).
3. Terapia de la visión (ortóptica) y suministros, excepto cuando sea necesario en lugar de un procedimiento quirúrgico ocular.

T. Exclusiones de Control de Peso y Aptitud Física

1. Tratamiento de medicamentos recetados para bajar de peso. Esta exclusión no se aplica en la medida en que el tratamiento de control de peso constituya un examen y asesoramiento preventivo para la obesidad exigidos por la ACA o califique como un servicio preventivo obligatorio por la ACA (consulte la fila de Bienestar del Programa de Beneficios Médicos).
2. Gastos por membresías o visitas a clubes deportivos, programas de ejercicios, gimnasios y/o cualquier otra instalación para programas de acondicionamiento físico, incluidos equipos de ejercicio, instructores de acondicionamiento físico, servicios de fortalecimiento para el trabajo y/o entrenamiento con pesas, sillas/escritorios ergonómicos, dispositivos de monitoreo/seguimiento de salud, ejercicios, actividad o aplicaciones de software que incluyen relojes inteligentes/joyas y sensores/rastreadores inalámbricos o portátiles.

Capítulo 7: OPCIONES DE PLAN DENTAL

Este capítulo incluye información sobre:

- Opciones de plan dental
- Un programa de beneficios dentales
- Limitaciones y exclusiones del plan dental
- Cómo presentar una reclamación dental

La cobertura del plan dental (proporcionada por UnitedHealthcare Dental) está disponible para las personas elegibles inscritas en el Plan Médico HMO de Kaiser con deducible o el Plan Médico PPO de Anthem.

Las opciones del Plan UnitedHealthcare Dental aseguradas se consideran un beneficio exceptuado según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA).

La información en este capítulo es un resumen de las opciones de su Plan Dental aseguradas. Para obtener más información sobre la cobertura, consulte el material sobre beneficios publicado por UnitedHealthcare Dental. Cuando la información en este capítulo sea distinta a la del certificado de cobertura y el resumen de beneficios producidos por la compañía de seguros, prevalecerán los documentos de la compañía de seguros. Si necesita una copia del material sobre beneficios, póngase en contacto con la Oficina administrativa.

Opciones de Planes Dentales

Los empleados y sus Dependientes elegibles tienen acceso para seleccionar entre varias opciones de planes dentales. Se ofrecen tres planes dentales a los participantes elegibles del plan según el lugar donde vivan (consulte la tabla de “Disponibilidad” a continuación):

- Plan Dental de Compensación Directa (DC) de Atención Administrada Selecta** (un plan dental asegurado). Este es el plan dental predeterminado (lo que significa que cuando sea elegible para recibir beneficios dentales, se lo inscribirá automáticamente en este plan dental a menos que elija el plan DPPO, como se indica a continuación).
- Plan Dental Solo Dentro de la Red (INO)** (un plan dental asegurado solo con proveedores dentro de la red).
- Plan Dental de Organización de Proveedores Preferidos (DPPO)** (un plan dental asegurado con proveedores dentro y fuera de la red).

DISPONIBILIDAD DEL PLAN DENTAL EN UNA UBICACIÓN ESTATAL			
Residentes de:	Plan Dental de Compensación Directa (DC) de Atención Administrada Selecta	Plan Dental Solo (INO) dentro de la Red	Plan Dental de Organización de Proveedores Preferidos (DPPO)
Arizona	-	X	X
California	X (solo dentro de la red)	-	X
Colorado	-	X	X
Nevada	X (un diseño de plan PPO)	-	X

DISPONIBILIDAD DEL PLAN DENTAL EN UNA UBICACIÓN ESTATAL			
Residentes de:	Plan Dental de Compensación Directa (DC) de Atención Administrada Selecta	Plan Dental Solo (INO) dentro de la Red	Plan Dental de Organización de Proveedores Preferidos (DPPO)
Nuevo México	-	-	X
Texas	-	-	X
Utah	-	X	X
Wyoming	-	X	X
Otros estados	-	X (disponible en la mayoría de los estados)	X

Puede obtener más información sobre los Planes dentales en la Oficina administrativa y UnitedHealthcare (la información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al comienzo de este documento).

Red Dental

Todas las opciones del Plan Dental incluyen una red de proveedores dentales. Los proveedores de la red (dentistas con licencia e higienistas dentales) tienen un contrato con la red de UnitedHealthcare Dental para proporcionarle tarifas con descuento por los servicios cubiertos por el plan dental. Al usar los servicios de un proveedor de la red, tanto usted como el Plan pagan menos. Una lista actualizada de proveedores dentales de la red está disponible de forma gratuita cuando se contacta con el plan dental, nombre, número de teléfono y sitio web se encuentran en la Tabla de referencia al comienzo de este documento.

Para recibir servicios, simplemente llame a un proveedor dental de la red e identifíquese como afiliado de este plan dental.

Algunas de las opciones del plan dental permiten el reembolso si utiliza un proveedor dental que está fuera de la red. Esto significa que el proveedor no tiene contrato con la red dental, no puede extenderle un descuento en sus servicios y puede facturarle el saldo por cualquier saldo adeudado además de la cantidad del cargo permitido pagadero por el plan.

Gastos Dentales Elegibles

Usted está cubierto por los gastos en los que incurra para la mayoría, pero no para todos, los servicios y suministros dentales que sean proporcionados por un proveedor de atención dental y que se consideren **“medicamento necesarios”**, pero solo en la medida en que:

- el plan dental determine que los servicios son los más rentables que **cumplen con los estándares aceptables de la práctica dental profesional** produciendo un resultado satisfactorio;
- los servicios no sean **experimentales ni de investigación**;
- **los servicios o suministros no estén excluidos** de la cobertura (según lo dispuesto en la sección Limitaciones y exclusiones del plan dental de este capítulo);
- **los servicios o suministros no excedan el beneficio máximo** del plan como se muestra en el Programa de beneficios dentales en este capítulo;
- los cargos por servicios dentales son un **“cargo permitido”**. Consulte el capítulo del glosario en “Cargo permitido”.

Tenga en cuenta que el deducible y el límite de gastos de bolsillo del Plan Médico PPO de Anthem no se aplican (ni acumulan) a los beneficios del plan dental y viceversa.

El Plan no le reembolsará los gastos que no sean gastos dentales elegibles. Eso significa que debe pagar el costo total de todos los gastos que no están cubiertos por el Plan, así como también cualquier cargo por gastos dentales elegibles que excedan la cantidad determinado por el Plan como cargo permitido.

Costo Compartido por Servicios Dentales Cubiertos

El costo compartido se refiere a cómo usted y el plan dental dividen el costo de los gastos dentales cubiertos. Existen tres tipos de costos compartidos aplicables a las diferentes opciones de planes dentales: deducibles, copagos y coseguros. Estos se explican a continuación con más detalle y en el Programa de beneficios dentales. Los costos compartidos no se refieren a tarifas o contribuciones para cobertura, cantidades de facturación de saldos o gastos dentales no cubiertos/excluidos.

✓ **Deducible (cuando corresponda)**

Cuando el plan dental incluya un deducible anual, cada año calendario usted es responsable de pagar todos sus gastos dentales elegibles hasta que alcance el deducible anual. Luego, el plan dental comienza a pagar los beneficios.

- La cantidad del **deducible del plan dental (cuando corresponda) figura en el Programa de beneficios dentales.**
- Tenga en cuenta que los gastos dentales elegibles en los que se haya incurrido por los servicios preventivos no están sujetos al deducible del plan dental.

✓ **Copago (cuando corresponda)**

Un copago es una cantidad fija en dólares que usted (y **no** el plan dental) es responsable de pagar cuando incurre en ciertos gastos dentales elegibles. Consulte el Programa de beneficios dentales para obtener información sobre qué plan dental tiene copagos.

✓ **Coseguro (cuando corresponda)**

El coseguro es la forma en que usted y el plan dental dividirán el costo de ciertos gastos dentales cubiertos, una vez que se alcance el deducible. Una vez que haya alcanzado su deducible anual (cuando corresponda), el Plan paga un porcentaje de los gastos dentales elegibles y usted es responsable de pagar el resto. El porcentaje aplicable pagado por usted (el coseguro) se muestra en el Programa de beneficios dentales.

Beneficios Anuales Máximos del Plan Dental (cuando corresponda)

El beneficio anual máximo del plan dental pagadero para cualquier persona cubierta por el plan dental por año calendario se muestra en el Programa de beneficios dentales. Una vez que se alcanza el máximo anual, el plan dental no pagará más beneficios dentales hasta el comienzo del nuevo año calendario.

Beneficios Generales Máximos de por Vida del Plan para los Servicios de Ortodoncia

Algunos planes dentales incluyen un beneficio máximo de por vida del plan pagadero por servicios de ortodoncia, que se muestra en el Programa de beneficios dentales.

Programa de Beneficios del Plan Dental

Un programa de las Opciones del plan dental del Plan aparece en la siguiente página en un formato de tabla. En el Programa de beneficios dentales encontrará información sobre las Opciones del plan dental. Verá si se aplica un máximo anual para beneficios dentales, deducibles (cuando corresponda), junto con aspectos destacados sobre la atención dental preventiva y los servicios dentales básicos, principales y de ortodoncia.

Todos los beneficios que se muestran en el Programa de beneficios dentales están sujetos al deducible del plan dental, a menos que exista una declaración específica de que no se aplica un deducible. Para obtener información más detallada sobre los beneficios del plan dental, consulte los documentos que le proporcionó el plan dental en el que está inscrito.

Programa de Beneficios Dentales (este cuadro indica lo que usted paga).					
Descripción del beneficio	Plan dental de Organización de Proveedores Preferidos (DPPO) (Disponible en AZ, CA, CO, NV, NM, TX, UT, WY y otros estados)		Plan Dental Solo (INO) dentro de la Red (Disponible en AZ, CO, UT, WY y la mayoría de los otros estados)	Plan de compensación directa (CD) de atención administrada selecta (Disponible en CA y NV)	
	Proveedores dentro de la red	Proveedores Fuera de la Red	Proveedores dentro de la red	Proveedores dentro de la red	Proveedores Fuera de la Red
Año calendario anual Beneficio Máximo del Plan Dental	\$2,000 por persona		\$5,000 por persona.	Sin máximo anual.	
Deducible Anual por Año Calendario	\$50/persona \$150/familia	\$50/persona \$150/familia	Sin deducible.	Sin deducible.	
¿Necesita derivación para ver a un proveedor dental especializado?	No		No	Sí	
Diagnóstico y servicios preventivos: la prevención incluye exámenes y limpiezas dentales de rutina 2 veces cada 12 meses, una radiografía de aleta de mordida por año calendario. Los servicios de diagnóstico incluyen aplicación tópica de flúor, selladores y espaciadores.	Sin cargo. El deducible no se aplica a los servicios preventivos.	50%* El deducible no se aplica a servicios preventivos.	Sin cargo, el deducible no se aplica a los servicios preventivos.	Sin cargo, el deducible no se aplica a los servicios preventivos. Las visitas dentales adicionales están cubiertas durante el embarazo y los primeros 3 meses después del nacimiento.	Residentes de California: Sin cobertura. Residentes de Nevada: El plan paga hasta una cantidad máxima por cada servicio dental. Por ejemplo, el Plan paga hasta \$25 por un examen bucal o hasta \$25 por una limpieza dental.
Servicios Básicos como un relleno, extracción de dientes	50% de la cantidad de la red con descuento después de alcanzar el deducible.	50% del cargo permitido <u>sin descuento</u> después de alcanzar el deducible.	Se pueden aplicar copagos variables. Para obtener más información, visite https://welcometouhc.com/csac o llame al 1-800-445-9090.	Se pueden aplicar copagos variables. Para obtener más información, visite https://welcometouhc.com/csac o llame al 1-800-445-9090.	Residentes de California: Sin cobertura. Residentes de Nevada: se pueden aplicar copagos variables. Para obtener más información, visite https://welcometouhc.com/csac o llame al 1-800-445-9090.
Servicios Principales tales como tratamiento de conducto, coronas, cirugía bucal, dentaduras postizas/puentes	50% de la cantidad de la red con descuento después de alcanzar el deducible.	50% del cargo permitido <u>sin descuento</u> después de alcanzar el deducible.	Se pueden aplicar copagos variables. Para obtener más información, visite https://welcometouhc.com/csac o llame al 1-800-445-9090.	Se pueden aplicar copagos variables. Para obtener más información, visite https://welcometouhc.com/csac o llame al 1-800-445-9090.	Residentes de California: Sin cobertura. Residentes de Nevada: se pueden aplicar copagos variables. Para obtener más información, visite https://welcometouhc.com/csac o llame al 1-800-445-9090.
Beneficio de Ortodoncia (aparatos dentales para niños y adultos)	50% de la cantidad de la red con descuento después de alcanzar el deducible.	50% del cargo permitido <u>sin descuento</u> después de alcanzar el deducible.	50% del beneficio de ortodoncia máximo de por vida de \$2,000 por persona.	\$1,500 de copago.	Residentes de California: Sin cobertura. Residentes de Nevada: El plan paga hasta un beneficio de ortodoncia máximo de por vida de \$1,500/persona.
	Ortodoncia máxima de por vida: \$2,000/persona.				

* Para el Plan DPPO en Texas: sin costo compartido, beneficio cubierto en su totalidad, no se aplica el deducible.

Lo que no está cubierto (está excluido) según las opciones del plan dental

Cada plan dental tiene ciertas **limitaciones** sobre la frecuencia con la que un determinado servicio dental paga por ese plan dental. Por ejemplo, una profilaxis dental (limpieza de dientes) generalmente se paga una vez cada 6 meses. Póngase en contacto con su plan dental para obtener detalles sobre las limitaciones de los servicios dentales de ese plan.

Cada plan dental tiene ciertas **exclusiones** que son servicios no cubiertos por el plan dental. Comuníquese con el plan dental para obtener más detalles sobre lo que está cubierto y lo que no lo está. Las siguientes son exclusiones comunes a todas las opciones del plan dental:

- a. Servicios dentales que no son necesarios.
- b. Cualquier servicio realizado con fines cosméticos que no figure como un servicio cosmético cubierto por el plan dental.
- c. Cualquier procedimiento dental no asociado directamente con la enfermedad dental.
- d. Servicios relacionados con la articulación temporomandibular (ATM), ya sea bilateral o unilateral. Cirugía de la mandíbula superior e inferior (incluida la relacionada con la articulación temporomandibular). No se brinda cobertura para la cirugía ortognática, la alineación de la mandíbula o el tratamiento de la articulación temporomandibular.
- e. Reemplazo de un dispositivo o prótesis por pérdida, faltante o robo o la fabricación de un dispositivo o prótesis de repuesto.
- f. Servicios para heridas o condiciones cubiertas por compensación laboral o las leyes de responsabilidad del empleador, y servicios brindados sin costo a la persona cubierta por cualquier municipio, condado u otra subdivisión política. Esta exclusión no se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.
- g. Tratamiento de ortodoncia en curso antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del plan dental.
- h. Extracciones necesarias para fines de ortodoncia.

Cómo Presentar una Reclamación por beneficios cubiertos por los Planes Dentales de UnitedHealthcare

Proveedores en la Red Dental de UnitedHealthcare

No hay necesidad de presentar una reclamación si obtiene los servicios y suministros de un proveedor de la red dental de UnitedHealthcare. Consulte la sección anterior “Red dental” en este capítulo para obtener información sobre cómo programar una cita.

Proveedores que No Están en la Red Dental de UnitedHealthcare (cuando se utiliza un proveedor fuera de la red)

Si utiliza un proveedor que no pertenece a la red (fuera de la red) para obtener servicios y suministros dentales cubiertos, siga estos procedimientos para el reintegro:

- No es obligatorio presentar un formulario de reclamación, siempre y cuando envíe una factura detallada del proveedor dental. La factura detallada debe incluir el nombre y la edad del paciente (DOB), la dirección, el número de identificación, el nombre y la dirección del proveedor de servicios, la fecha del servicio, la lista de servicios y/o los artículos recibidos y el cargo por cada uno.

- Escriba el número de Seguro Social del afiliado (Carpintero) que figura en la factura.
- Las facturas por servicios y materiales comprados en diferentes fechas deben presentarse juntas y al mismo tiempo para recibir el reintegro.
- Envíe la factura detallada por correo a:

UnitedHealthcare Dental
Attn: Claims Department
P.O. Box 30963
Salt Lake City, UT 84130-0963

Fecha Límite para la Presentación de Reclamaciones

Debe presentar su reclamación **en un plazo de 90 días** a partir de la fecha en que se produjeron por primera vez los gastos cubiertos. La falta de presentación de su reclamación dentro de los 90 días no invalidará ni reducirá su reclamación, en caso de que no haya sido razonablemente posible presentar la reclamación en ese plazo. Sin embargo, en ese caso, la reclamación se debe presentar lo antes posible pero **no después de un año a partir de la fecha en que se incurrió en los cargos.**

Si la reclamación se presenta después de un año de la fecha en que se incurrieron los cargos, se denegará.

Si recibe una determinación adversa de beneficios, el aviso le explicará el proceso para apelar una reclamación.

Preguntas Sobre un Plan Dental

Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar su reclamación o sobre un plan dental, comuníquese con UnitedHealthcare Dental a los números de teléfono que figuran en la Tabla de referencia al comienzo de este documento.

Capítulo 8: PLAN DE LA VISIÓN

Este capítulo incluye información sobre:

- Descripción general de los servicios del Plan de la visión
- Una lista de beneficios de la visión
- Limitaciones y exclusiones del plan de la visión
- Cómo presentar una reclamación de visión

El beneficio del plan de la visión (proporcionado por UnitedHealthcare) está disponible para las personas elegibles inscritas en un plan médico HMO o en el Plan Médico PPO de Anthem.

El beneficio asegurado del plan de la visión de UnitedHealthcare se considera un beneficio exceptuado, según la Ley del Cuidado de Salud Asequible.

La información incluida en este capítulo es un resumen de la cobertura de su plan de la visión. Para obtener más información sobre la cobertura, consulte el material sobre beneficios publicado por UnitedHealthcare Visión. Cuando la información en este capítulo sea distinta a la del certificado de cobertura y el resumen de beneficios producidos por la compañía de seguros, prevalecerán los documentos de la compañía de seguros.

Si necesita una copia del material sobre beneficios del plan de la visión, póngase en contacto con la Oficina administrativa.

¿Cuál es el beneficio del plan de la visión?

El plan de la visión está diseñado para cubrir necesidades visuales (en lugar de materiales cosméticos) al proporcionar cobertura para exámenes de visión estándar y materiales para gafas como anteojos o lentes de contacto. Los beneficios de la visión son administrados por una compañía de seguros independiente del plan de la visión, de quien el nombre y dirección figuran en la Tabla de referencia al comienzo de este documento.

No todos los servicios o suministros para el cuidado de la visión están cubiertos por el plan de la visión, incluso si los prescribe, recomienda o aprueba su médico o proveedor óptico. El Plan cubre solo aquellos servicios y suministros que son médicamente necesarios e incluidos como un beneficio cubierto. El Plan no reembolsará ningún gasto que no sea elegible para la visión. Eso significa que usted será responsable de pagar el costo total de todos los gastos que se consideren médicamente innecesarios, que superen los cargos permitidos, que no estén cubiertos por el plan de la visión o que excedan un beneficio máximo del plan de la visión.

El deducible y el límite de gastos de bolsillo del Plan Médico PPO de Anthem no se aplican (ni acumulan) a los beneficios del plan de la visión.

El plan de la visión incluye una **red de proveedores de la visión** que le otorgan un descuento por los servicios de la visión cubiertos. Los gastos de la visión cubiertos se detallan en el Programa de Beneficios de la visión en este capítulo y se refieren al cargo permitido para los servicios cubiertos hasta el máximo permitido como pagadero de acuerdo con este plan de la visión.

La cobertura del Plan de visión pagará el 100% de los cargos permitidos después del Copago aplicable cuando una persona elegible reciba servicios y suministros cubiertos de un proveedor de atención de la visión de la red de UnitedHealthcare (consulte el Programa de Beneficios de la visión para obtener más información sobre los beneficios de la visión).

Programa de Beneficios de la Visión			
Este cuadro muestra lo que paga el Plan.			
Beneficios de visión cubiertos	Explicaciones y limitaciones (Consulte también la sección Exclusiones del plan de la visión).	El plan paga	
		Proveedor de la Red	Proveedor fuera de la red (reembolso solo por material, sin cobertura para servicios de colocación/evaluación)
Examen de la visión	<ul style="list-style-type: none"> Un examen ocular para anteojos o lentes de contacto se paga una vez cada 12 meses. 	100% después de un copago de \$10 por examen.	Usted paga el 100% y luego presenta su reclamación de reintegro. Sin copago. Se le hará un reintegro de hasta \$40 por examen.
Marcos para anteojos	<ul style="list-style-type: none"> Un marco se paga una vez cada 24 meses. 	Usted paga un copago de \$20 solo para lentes o lentes y un marco, hasta un máximo de \$130 de cantidad permitida.	Usted paga el 100% y luego presenta su reclamación de reintegro. Sin copago. Se le hará un reintegro de hasta \$65 por marco.
Lentes para anteojos	<p>El plan cubre lentes una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recubrimiento para lentes resistente a rayones Lentes de policarbonato para adultos y niños Los lentes de visión unifocal se definen como una sola potencia en toda su superficie con un solo centro óptico y están hechos de CR-39 o material de vidrio. 	<p>Usted paga un copago de \$20 por cualquiera de estos lentes: visión unifocal, bifocal con línea, trifocal con línea o lenticular.</p> <p>Solo se aplica un copago si obtiene un marco y lentes al mismo tiempo.</p>	<p>Usted paga el 100% y luego presenta su reclamación de reintegro. Sin copago. Se le reembolsará por lentes hasta:</p> <p>Visión unifocal: \$40. Bifocales con línea: \$60. Trifocales con línea: \$80. Lenticular: \$80.</p> <p>Si solo se necesita un lente, se asignará la mitad de lo indicado para el par.</p>
Beneficio de Visión Láser		<p>Si utiliza Laser Vision Network of America, puede recibir un descuento del 15% sobre los precios regulares y habituales, 5% sobre los precios promocionales.</p> <p>Mayores descuentos disponibles a través de precios establecidos en las ubicaciones de LasikPlus.</p> <p>Llame al 1-888-563-4497 para obtener más información o visite www.uhclasik.com</p>	No hay descuento disponible

Programa de Beneficios de la Visión
Este cuadro muestra lo que paga el Plan.

Beneficios de visión cubiertos	Explicaciones y limitaciones (Consulte también la sección Exclusiones del plan de la visión).	El plan paga	
		Proveedor de la Red	Proveedor fuera de la red (reembolso solo por material, sin cobertura para servicios de colocación/evaluación)
Lentes de Contacto	<ul style="list-style-type: none"> Los lentes de contacto se pagan una vez cada 12 meses, en lugar de todos los demás beneficios de lentes y marcos. Lentes de contacto electivas: las tarifas de colocación/evaluación, lentes de contacto y hasta dos visitas de seguimiento están cubiertas en su totalidad (después del copago). Lentes de contacto necesarios: cubiertas en su totalidad después del copago. Los lentes de contacto son necesarios si la persona cubierta tiene: afaquia; queratocono; anisometropía; córnea/astigmatismo irregular; deformidad facial o deformidad de la córnea. 	<p>Lentes de contacto (visualmente necesarias): 100% después de un copago de \$20</p> <p>Lentes electivas (no son visualmente necesarias): 100% después de un copago de \$20</p> <p>Si elige lentes de contacto desechables, se incluyen hasta 4 cajas cuando se obtienen de un proveedor de la red. Se aplica una cantidad permitida de \$125 para las tarifas de colocación/evaluación y la compra de lentes de contacto fuera de la selección cubierta (no se aplica la tarifa de copago de material de \$20). Esto incluye lentes de contacto tóricos, permeables a los gases y bifocales.</p> <p>La selección de lentes de contacto cubiertos no se aplica en Costco, Walmart o Sam's Club.</p>	<p>Usted paga el 100% y luego presenta su reclamación de reintegro. Sin copago. Se le reembolsará hasta:</p> <p>Lentes de contacto (visualmente necesarias): \$210 por par o \$105 por lente.</p> <p>Lentes electivas (no son visualmente necesarias): \$125 por par.</p>

Cómo usar el beneficio del plan de la visión (a través de UnitedHealthcare)

Para localizar a un proveedor de atención de la visión de la red de UnitedHealthcare, use el localizador de proveedores en **myuhcvision.com** o llame al **1-800-638-3120**. Puede utilizar la función de búsqueda para buscar por nombre, nombre de consultorio o ubicación. Una vez que haya seleccionado a un proveedor de la red, llame para programar su cita. Informe que es un afiliado del plan de la visión de UnitedHealthcare, proporcione el apellido del asegurado principal y el nombre y fecha de nacimiento del paciente.

No necesita una tarjeta de identificación de afiliado para usar sus beneficios. Sin embargo, si desea una, puede imprimirla en **myuhcvision.com**. Una vez que haya iniciado sesión, oprima en “Print ID Card” (Imprimir Tarjeta de Identificación) en la página principal.

Si obtiene servicios de un proveedor que no es un proveedor de la red UnitedHealthcare Visión, consulte la sección sobre reclamaciones al final de este capítulo para obtener información sobre cómo presentar una solicitud de reintegro.

¿Qué no está cubierto (está excluido) en el plan de la visión?

El plan de la visión excluye lo siguiente:

- a. Artículos sin receta (por ejemplo, lentes sin graduación).
- b. Servicios que la persona cubierta, sin costo, obtiene de cualquier organización o programa gubernamental.
- c. Servicios por los cuales la persona cubierta puede ser compensada en virtud de la Ley de Compensación de Trabajadores u otra ley de responsabilidad del empleador similar.
- d. Cualquier examen de la visión requerido por un empleador como condición de empleo, en virtud de un acuerdo laboral, un organismo gubernamental o agencia.
- e. Tratamiento médico o quirúrgico para la enfermedad ocular, que requiere los servicios de un médico.
- f. Reemplazo o reparación de lentes y/o marcos que se han perdido o roto.
- g. Adicionales opcionales de lentes que no figuran en el Programa de Servicios de la Visión cubiertos.
- h. Cargos por citas perdidas.
- i. Impuesto a las ventas aplicable cobrado por los servicios.
- j. Servicios que no están cubiertos por la póliza específicamente.
- k. Procedimientos que se consideran experimentales, de investigación o no comprobados. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para una condición en particular no dará lugar a la cobertura si el procedimiento se considera experimental, de investigación o no probado en el tratamiento de esa condición en particular.
- l. Cualquier servicio de visión prestado por el titular de la póliza.
- m. Lentes intraoculares.

Cómo Presentar una Reclamación de Beneficios cubiertos por el Plan de la Visión de UnitedHealthcare

Proveedores de la Red de UnitedHealthcare Visión

No hay necesidad de presentar una reclamación si obtiene los servicios y suministros de un proveedor de la red UnitedHealthcare Visión. Consulte la sección anterior “Cómo Usar el Beneficio del plan de la Visión” en este capítulo para obtener información sobre cómo programar una cita.

Proveedores que No Pertenecen a la Red UnitedHealthcare Visión

Si utiliza un proveedor que no pertenece a la red (fuera de la red) para servicios y suministros para la visión cubiertos, usted paga el servicio y luego puede enviar su reclamación de reembolso siguiendo estos procedimientos:

No es obligatorio presentar un formulario de reclamación completo, siempre y cuando envíe una factura detallada del proveedor. La factura detallada debe incluir el nombre, edad y dirección del paciente, su número de identificación, nombre y dirección del proveedor del servicio, fecha del servicio, lista de servicios y/o artículos recibidos y el cargo por cada uno, una declaración que indique que usted está o no está inscrito en la cobertura de cualquier otro plan o programa de seguro de la visión. Si está inscrito en otra cobertura, debe incluir el nombre de la otra compañía de seguros. Escriba el número de Seguro Social del afiliado (Carpintero) que figura en la factura.

Las facturas por servicios y materiales comprados en diferentes fechas deben presentarse juntas y al mismo tiempo para recibir el reembolso.

Envíe la factura detallada por correo a:

UnitedHealthcare Vision
Attn: Claims Department
P.O. Box 30978
Salt Lake City, UT 84130

Fecha Límite para la Presentación de Reclamaciones

Debe presentar su reclamación para servicios de visión **en un plazo de 90 días** a partir de la fecha en que incurrió por primera vez en los gastos. La falta de presentación de su reclamación dentro de los 90 días no invalidará ni reducirá su reclamación, en caso de que no haya sido razonablemente posible presentar la reclamación en ese plazo. Sin embargo, en ese caso, la reclamación se debe presentar lo antes posible pero no después de **un año** a partir de la fecha en que se incurrió en los cargos.

Si la reclamación se presenta después de un año de la fecha en que se incurrieron los cargos, se denegará.

Si recibe una determinación adversa de beneficios, el aviso le explicará el proceso para apelar una reclamación.

Preguntas Sobre el Plan de la Visión

Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar su reclamación o si tiene alguna pregunta sobre el plan de la visión, comuníquese con UnitedHealthcare Visión a los números de teléfono que figuran en la Tabla de referencia al comienzo de este documento.

Capítulo 9: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB) Y RECUPERACIÓN DE TERCEROS

Este capítulo incluye información sobre:

- Reglas Generales de Coordinación de Beneficios (COB)
- Medicare y Coordinación de Beneficios del Plan
- Recuperación de terceros
- Factores que podrían afectar la recepción de los beneficios

Coordinación de Beneficios (COB)

La siguiente información se aplica al Plan Médico PPO de Anthem. La coordinación de beneficios (COB) no se realiza para los beneficios del plan dental o del plan de la visión. Si está inscrito en un plan médico HMO asegurado que ofrece el Fideicomiso, consulte el manual de beneficios y cualquier otro material proporcionado por esa organización para obtener información sobre cómo se coordinan los beneficios o qué obligaciones de reintegro tiene en virtud de su opción.

Dentro del Plan Médico de Carpinteros del Sudoeste, tenga en cuenta que ninguna persona puede tener doble cobertura en virtud de ninguna de las opciones de beneficios ofrecidos según el Plan. Por ejemplo, en un matrimonio en el cual ambas personas son elegibles como empleados en virtud del Plan no pueden solicitar ser Dependientes uno del otro y, si tienen hijos, los niños solo podrán tener cobertura como Dependientes de uno de los padres.

Los beneficios del plan han sido diseñados para ayudarlo a cumplir con el costo de atención preventiva y tratamiento para enfermedades o heridas. Dado que no se pretende que reciba mayores beneficios que los cargos permitidos reales en los que haya incurrido, los beneficios del Plan Médico PPO de Anthem se coordinarán con los proporcionados al empleado elegible y sus Dependientes por cualquier otro plan de servicio o beneficio colectivo.

Estas reglas de COB no se aplican a los beneficios de medicamentos recetados en virtud del Plan Médico PPO de Anthem, ni a los beneficios del plan dental o del plan de la visión.

Coordinación de Beneficios (COB)

Si está cubierto por más de un plan de salud colectivo, sus beneficios en virtud de este plan (término definido a continuación) se coordinarán con los beneficios de esos otros planes (término definido a continuación). Estas disposiciones de coordinación (que se muestran a continuación) se aplican por separado a cada afiliado, por año calendario para los beneficios del plan médico.

Definiciones Relacionadas con COB

Los significados de los términos clave utilizados en esta sección COB se muestran a continuación.

- El “**gasto permitido**” es todo elemento de gasto necesario, razonable y habitual que está cubierto al menos parcialmente por cualquier plan que cubra a la persona para la cual se realiza la reclamación. Cuando un Plan proporciona beneficios en forma de servicios en lugar de pagos en efectivo, el valor razonable en efectivo de cada servicio prestado se considerará tanto un gasto permitido como un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan que cubra a la persona para la cual se realiza una reclamación no es un gasto permitido. Los siguientes no son gastos permitidos:
 - a. El uso de una habitación de hospital privada no es un gasto permitido a menos que la estadía del paciente en una habitación de hospital privada sea médicamente necesaria en términos de prácticas médicas generalmente aceptadas, o uno de los planes proporcione habitualmente cobertura para habitaciones privadas de hospital.
 - b. Si está cubierto por dos planes que calculan beneficios o servicios sobre la base de un método de reembolso del cronograma de valor relativo o cantidad razonable y usual o algún otro método de reembolso similar, cualquier cantidad que exceda el mayor de las cantidades razonables y usuales.
 - c. Si una persona está cubierta por dos planes que proporcionan beneficios o servicios sobre la base de tarifas o tarifas negociadas, una cantidad superior a la más baja de las tarifas negociadas.
 - d. Si una persona está cubierta por un plan (que calcula sus beneficios o servicios sobre la base de una cantidad razonable y habitual o un método de reembolso del cronograma de valor relativo o algún otro método de reembolso similar) y cubierta por otro plan (proporciona sus beneficios o servicios sobre la base de tarifas o tarifas negociadas), cualquier cantidad que exceda la tarifa negociada.
 - e. La cantidad de cualquier reducción de beneficios por parte del Plan Principal porque usted no cumplió con las disposiciones del Plan no es un gasto permitido. Los ejemplos de este tipo de disposiciones incluyen segundas opiniones quirúrgicas, requisitos de revisión de utilización y arreglos de proveedores de la red.
 - f. Si nos informa que todos los planes que lo cubren son planes de salud con deducible alto según lo definido en la Sección 223 del Código de Impuestos Internos, y tiene la intención de contribuir a una cuenta de ahorro de salud establecida de acuerdo con la Sección 223 del Código de Impuestos Internos, cualquier cantidad que esté sujeta al deducible del Plan de salud principal con deducible alto.
- **Otro plan** es cualquiera de los siguientes:
 - a. Cobertura de seguro colectivo, general o de franquicia;
 - b. Contrato de plan de servicio colectivo, práctica colectiva, práctica colectiva individual y otras coberturas prepagas colectivas;
 - c. Cobertura colectiva en virtud de planes del Fideicomiso de gestión laboral, planes de organización de beneficios sindicales, planes de organización de empleadores, planes de organización de beneficios para empleados o planes de beneficios para empleados autoasegurados.

El término “Otro Plan” se refiere por separado a cada acuerdo, póliza, contrato u otro arreglo para servicios y beneficios, y solo a esa parte de acuerdo, póliza, contrato o acuerdo que se reserva el derecho de tomar los servicios o beneficios de otros planes en consideración para determinar los beneficios.

- El **Plan Principal** es el plan que tendrá sus beneficios determinados en primer lugar.

- **Este Plan** (como se usa en este capítulo) es la parte del Plan Médico PPO de Anthem que proporciona beneficios sujetos a esta disposición de COB.

Efecto Sobre los Beneficios

- a. Si este Plan es el plan principal, sus beneficios se determinarán primero sin tener en cuenta los beneficios o servicios de algún Otro Plan.
- b. Si este Plan no es el plan principal, entonces sus beneficios pueden reducirse para que los beneficios y servicios de todos los planes no excedan el gasto permitido.
- c. Si el plan principal para un miembro de la familia es un plan HMO, este Plan pagará los gastos de bolsillo como los copagos, deducibles y otros servicios no disponibles a través del proveedor de HMO.
- d. Si el plan principal para un miembro de la familia es un plan HMO pero el miembro de la familia es tratado por un proveedor no HMO cuando esos servicios están disponibles a través del proveedor HMO, este Plan no realizará ningún pago como pagador secundario.
- e. Los beneficios de este Plan nunca serán mayores que la suma de los beneficios que se habrían pagado si usted estuviera cubierto solo por este Plan.

Orden de Determinación de Beneficios

La primera de las siguientes reglas que se aplicará determinará **el orden en que se pagan los beneficios**:

1. Un plan que no tiene una disposición de Coordinación de Beneficios paga antes que un plan que tiene una disposición de Coordinación de Beneficios. Esto incluye Medicare en todos los casos, excepto cuando la ley exige que este Plan pague antes que Medicare.
2. Un plan que lo cubre como empleado paga antes de un plan que lo cubre a usted como Dependiente. Pero, si usted es un beneficiario de Medicare y también un Dependiente de un empleado con un estatus laboral actual en virtud de otro plan, esta regla podría cambiar. Si, de acuerdo con las reglas de Medicare, Medicare paga después de ese plan que lo cubre como Dependiente, entonces el plan que lo cubre como Dependiente paga antes del plan que lo cubre como empleado.

Por ejemplo: Usted está cubierto como empleado retirado en virtud de este Plan y tiene derecho a Medicare (Medicare normalmente pagaría primero). También está cubierto como Dependiente de un empleado activo en virtud de otro plan (en cuyo caso Medicare pagaría en segundo lugar). En esta situación, el plan que lo cubre como Dependiente pagará primero, Medicare pagará el segundo y el plan que lo cubre a usted como empleado retirado pagaría en último lugar.

3. Para un hijo Dependiente cubierto por los planes de dos padres, el plan del padre de quien el cumpleaños sea anterior en el año calendario paga antes que el plan del padre de quien el cumpleaños sea posterior en el año calendario. Sin embargo, si un plan no tiene una disposición de regla de cumpleaños, las disposiciones de ese plan determinan el orden de los beneficios.

Excepción a la regla 3: para un hijo Dependiente de padres divorciados o separados, se usarán las siguientes reglas en lugar de la Regla 3:

- a. Si el padre con custodia de ese hijo para el cual se hizo una reclamación no se ha vuelto a casar, entonces el plan del padre con custodia que cubre a ese hijo como Dependiente paga primero.

- b. Si el padre con la custodia de ese hijo para el que se ha presentado una reclamación se ha vuelto a casar, entonces el orden en que se pagan los beneficios será el siguiente:
 - i. El plan que cubre a ese niño como Dependiente del padre con custodia.
 - ii. El plan que cubre a ese niño como Dependiente del padrastro (casado con el padre con custodia).
 - iii. El plan que cubre a ese niño como Dependiente del padre sin custodia.
 - iv. El plan que cubre a ese niño como Dependiente del padrastro (casado con el padre sin custodia).
 - c. Independientemente de a y b mencionados anteriormente, si hay un decreto judicial que establece la responsabilidad financiera de un padre para la cobertura de atención médica de ese hijo, un plan que cubre a ese hijo como Dependiente de ese padre paga primero.
4. El plan que lo cubre como empleado despedido o retirado o como Dependiente de un empleado despedido o retirado paga después de que un plan lo cubra como un empleado que no sea despedido o retirado o como el Dependiente de la persona. Pero, si alguno de los planes no tiene una disposición sobre el empleado despedido o retirado, se aplica la disposición 6.
 5. El plan que lo cubre en virtud de una disposición de continuación de cobertura de acuerdo con la ley estatal o federal paga después de que un plan lo cubra como empleado, Dependiente o de otro modo, pero no por una disposición de continuación de cobertura de acuerdo con la ley estatal o federal. Si las disposiciones del orden de determinación de beneficios del otro plan no están de acuerdo en estas circunstancias con las disposiciones del Orden de Determinación de Beneficios de este Plan, esta regla no se aplicará.
 6. Cuando las reglas anteriores no establecen el orden de pago, el plan en el que ha estado inscrito más tiempo paga primero, a menos que dos de los planes tengan la misma fecha efectiva. En este caso, el gasto permitido se divide en partes iguales entre los dos planes.

En ningún caso tendrá derecho a los beneficios de este Plan en exceso de los que hubiera recibido si no hubiera beneficios de otro plan disponibles.

Medicare y Beneficios del Plan

Si usted es un miembro activo y con cobertura de Medicare, el Plan Médico PPO de Anthem pagará, en general, primero los beneficios. Medicare puede proporcionar cobertura de respaldo para algún tipo de atención si los beneficios del Plan Médico PPO de Anthem no pagan el costo total. En términos técnicos, el Plan PPO de Anthem es “principal” para sus gastos médicos y hospitalarios cubiertos y Medicare es “secundario”. Sin embargo, según lo exigen las reglamentaciones gubernamentales, usted tiene la opción de rechazar el Plan como proveedor principal para su cobertura hospitalaria y médica. Para obtener más información, comuníquese con la Oficina administrativa.

Cómo Inscribirse en Medicare

Si está próximo a cumplir los 65 años de edad, usted no quedará inscrito automáticamente en Medicare a menos que haya presentado una solicitud y establecido la elegibilidad para un beneficio mensual del Seguro Social. Si no ha solicitado los beneficios del Seguro Social, deberá presentar un formulario de solicitud de Medicare durante el período de 3 meses, antes del mes en que cumpla los 65 años de edad, para que la cobertura comience al principio del mes en que cumpla años. Llame o escriba a la oficina del Seguro Social más cercana 90 días antes de su

cumpleaños número 65 y pida una solicitud para Medicare.

Coordinación de Beneficios con Medicare

Cobertura de Medicare y este Plan para enfermedad renal en etapa terminal: si, mientras está empleado activamente, una persona elegible en virtud de este Plan tiene derecho a Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), este Plan paga primero y **Medicare paga en segundo lugar durante 30 meses a partir del principio** del mes en que comienza la cobertura de ESRD de Medicare; o el primer mes en que la persona recibe un trasplante de riñón. Luego, a partir del mes 31 después del inicio de la cobertura de Medicare, Medicare paga primero y este Plan paga en segundo lugar. Consulte también la fila de Diálisis en el Programa de beneficios médicos en este documento.

Cuadro Resumen sobre Coordinación de Beneficios (COB) con Medicare: si está cubierto por Medicare y también tiene otra cobertura de plan de salud colectivo, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) establecen las reglas de coordinación de beneficios (COB). Estas reglas de COB se detallan a continuación:

Resumen de la Coordinación de Beneficios Entre Medicare y otro Pagador			
Si usted:	Situación	Paga primero	Paga en segundo lugar
Está cubierto por Medicare y Medicaid	Con derecho a Medicare y Medicaid	Medicare	Medicaid, pero solo después de que otra cobertura, como un plan de salud grupal, haya pagado
Tiene 65 años o más y está cubierto por un plan de salud grupal porque está trabajando o está cubierto por un plan de salud grupal de un cónyuge de cualquier edad que trabaja	El empleador tiene menos de 20 empleados*	Medicare	Plan de salud grupal
	El empleador tiene 20 o más empleados	Plan de salud grupal	Medicare
Tiene un plan de salud grupal del empleador después de jubilarse y tiene 65 años o más	Con derecho a Medicare	Medicare	Plan de salud grupal (por ejemplo, una cobertura del plan de jubilados)
Está incapacitado y cubierto por un plan de salud colectivo grande de su trabajo o de un miembro de la familia que está trabajando	El empleador tiene menos de 100 empleados**	Medicare	Plan de salud grupal
	Tiene derecho a Medicare o el empleador tiene 100 o más empleados	Plan de salud grupal	Medicare
Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD es insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón) y cobertura de plan de salud grupal (incluido un plan de jubilación)	Los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare	Plan de salud grupal	Medicare
	Después de 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare	Medicare	Plan de salud grupal
Está cubierto por la compensación de trabajadores debido a una herida o enfermedad relacionada con el trabajo	Con derecho a Medicare	Compensación de trabajadores por reclamaciones relacionados con compensación de trabajadores	Por lo general, no se aplica, sin embargo, Medicare puede hacer un pago condicional.

Resumen de la Coordinación de Beneficios Entre Medicare y otro Pagador			
Si usted:	Situación	Paga primero	Paga en segundo lugar
Tiene la enfermedad del pulmón negro y está cubierto por el Programa Federal de Beneficios por Pulmón Negro	Con derecho a Medicare y al Programa Federal de Beneficios por Pulmón Negro	Beneficios por Pulmón Negro Programa Federal de Beneficios para reclamaciones relacionadas con el pulmón negro	Medicare
Ha sufrido un accidente en el que está involucrado un seguro de responsabilidad civil sin culpa	Con derecho a Medicare	Seguro de responsabilidad civil sin atribución de culpa, para las reclamaciones relacionadas con accidentes	Medicare
Es un veterano y tiene beneficios para veteranos	Con derecho a beneficios de Medicare y Veteranos	Medicare paga por servicios cubiertos por Medicare. Asuntos de Veteranos (VA) paga por servicios autorizados por VA. En general, Medicare y VA no pueden pagar por el mismo servicio.	Usualmente no se aplica
Está cubierto por TRICARE	Con derecho a Medicare y TRICARE	Medicare paga los servicios cubiertos por Medicare. TRICARE paga los servicios de un hospital militar o de cualquier otro proveedor federal.	TRICARE puede pagar en segundo lugar
Tiene 65 años o más <u>o</u> está incapacitado y cubierto por Medicare y COBRA	Con derecho a Medicare	Medicare	COBRA
Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y COBRA	Los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare	COBRA	Medicare
	Después de 30 meses	Medicare	COBRA
Consulte también: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02179-medicare-coordination-benefits-payer.pdf o llame al 1-800-Medicare para más información.			

Subrogación y Reembolso

Estas disposiciones se aplican cuando el Plan paga beneficios como resultado de heridas o enfermedades que sufrió y tiene derecho a una recuperación o ha recibido una recuperación de cualquier fuente.

Recuperación

Una “recuperación” incluye, entre otros, Fideicomisos recibidos de cualquier persona o parte, seguro de responsabilidad civil de cualquier persona o parte, ingresos del conductor sin seguro o con seguro insuficiente, seguro o Fideicomiso de compensación para trabajadores, seguro “sin culpa” y/o cobertura de pagos médicos por seguro de automotor, ya sea por demanda, acuerdo o de otra manera. Independientemente de cómo usted o su representante o cualquier acuerdo caracterice el dinero que recibe como recuperación, esto estará sujeto a estas disposiciones.

Subrogación

El Plan tiene derecho a recuperar los pagos que realiza en su nombre de cualquier parte responsable de compensarlo por sus enfermedades o heridas. Se aplica lo siguiente:

- El Plan tiene la primera prioridad de cualquier recuperación por la cantidad total de beneficios que ha pagado, independientemente de si usted está totalmente compensado o no, y de si los pagos que usted recibe lo compensan plenamente por sus pérdidas, enfermedades y/o heridas.
- Usted y su representante legal deben hacer lo que sea necesario para permitir que el Plan ejerza sus derechos y no hacer nada que perjudique esos derechos.
- En caso de que usted o su representante legal no hagan lo que sea necesario para permitir que el Plan ejerza sus derechos de subrogación, el Plan tendrá derecho a deducir la cantidad que pagó de cualquier beneficio futuro bajo del Plan.
- El Plan tiene el derecho de iniciar cualquier acción legal que considere adecuada contra cualquier persona, parte o entidad para recuperar los beneficios pagados bajo del Plan.
- En la medida en que los activos totales de los que está disponible una recuperación sean insuficientes para satisfacer en su totalidad la reclamación de subrogación del Plan y cualquier reclamación en su poder, la reclamación de subrogación del Plan se cumplirá primero antes de que cualquier parte de una recuperación se aplique a su reclamación, los honorarios de su abogado, otros gastos o costos.
- El Plan no es responsable de los honorarios de abogados, gravámenes de abogados, otros gastos o costos en los que usted incurra. La doctrina del “Fideicomiso común” no se aplica a los Fideicomisos recuperados por cualquier abogado que usted contrate, independientemente de si los Fideicomisos recuperados se utilizan para saldar los beneficios pagados por el Plan.

Reembolso

Si obtiene una recuperación y el Plan no ha sido reembolsado por los beneficios que el Plan pagó en su nombre, el Plan tendrá derecho a recibir un reembolso de la recuperación por la cantidad de los beneficios pagados en su nombre y se aplicarán las siguientes disposiciones:

- Usted debe reembolsar de inmediato al Plan con cualquier recuperación en la medida de los beneficios que el Plan pagó en su nombre, independientemente de si los pagos que recibe lo compensan plenamente por sus pérdidas, enfermedades y/o heridas.
- Sin perjuicio de cualquier asignación o designación de la recuperación (por ejemplo, dolor y sufrimiento) realizada en un acuerdo de resolución u orden judicial, el Plan tendrá derecho a una recuperación total, en primera prioridad, contra cualquier recuperación. Además, los derechos del Plan no se reducirán debido a su negligencia.
- Usted y su representante legal deben mantener en Fideicomiso para el Plan los ingresos de la recuperación bruta (es decir, la cantidad total de su recuperación antes de los honorarios de abogados, otros gastos o costos) que se pagarán al Plan inmediatamente después de recibir la recuperación. Usted y su representante legal reconocen que la parte de la recuperación a la que se aplica el derecho de retención del Plan es un activo del Plan.
- Cualquier recuperación que obtenga no debe ser dilapidada o desembolsada hasta el momento en que el Plan haya sido reembolsado de acuerdo con estas disposiciones.
- Usted debe resarcir al Plan, en primera prioridad y sin compensación o reducción por honorarios de abogados, otros gastos o costos. La doctrina del “Fideicomiso común” no se

aplica a los Fideicomisos recuperados por cualquier abogado que usted contrate, independientemente de si los Fideicomisos recuperados se utilizan para saldar los beneficios pagados por el Plan.

- Si no paga al Plan, el Plan tendrá derecho a deducir cualquier parte insatisfecha de la cantidad de beneficios que el Plan haya pagado o la cantidad de su recuperación, lo que sea menor, de cualquier beneficio futuro bajo del Plan si:
 1. La cantidad que el Plan pagó en su nombre no es reembolsada ni recuperada por el Plan;
o
 2. Usted no coopera.
- En caso de que usted no revele la cantidad de su liquidación al Plan, el Plan tendrá derecho a deducir la cantidad del derecho de retención del Plan de cualquier beneficio futuro en virtud del Plan.
- El Plan también tendrá derecho a recuperar cualquier parte insatisfecha de la cantidad que el Plan haya pagado o la cantidad de su recuperación, lo que sea menor, directamente de los proveedores a quienes el Plan haya realizado pagos en su nombre. En tal circunstancia, puede ser su obligación pagarle al proveedor la cantidad total facturada, y el Plan no tendrá ninguna obligación de pagarle al proveedor o reembolsarle a usted.
- El Plan tiene derecho al reembolso de cualquier recuperación, en primera prioridad, incluso si la recuperación no satisface completamente la sentencia, el acuerdo o la reclamación subyacente por daños, lo compensa completamente o le hace una restitución completa.

Sus Deberes

- Usted debe notificar de inmediato al Plan de cómo, cuándo y dónde ocurrió un accidente o incidente que le causó heridas o enfermedades personales, toda la información sobre las partes involucradas y cualquier otra información solicitada por el Plan.
- Debe cooperar con el Plan en la investigación, liquidación y protección de los derechos del Plan. En caso de que usted o su representante legal no hagan lo que sea necesario para permitir que el Plan ejerza sus derechos de subrogación o reembolso, el Plan tendrá derecho a deducir la cantidad que el Plan pagó de cualquier beneficio futuro según el Plan.
- No debe hacer nada que perjudique los derechos del Plan.
- Debe enviar al Plan copias de todos los informes policiales, avisos u otros documentos recibidos en relación con el accidente o incidente que le ocasione heridas o enfermedades personales.
- Debe notificar de inmediato al Plan si contrata a un abogado o si se presenta una demanda en su nombre.
- Debe notificar de inmediato al Plan si se inicia un juicio, si se produce un acuerdo o si se presentan mociones potencialmente decisivas en un caso.

El Patrocinador del Plan es el único facultado para interpretar los términos de la disposición de Subrogación y Reembolso de este Plan en su totalidad y se reserva el derecho de realizar los cambios que considere necesarios.

Si la persona cubierta es un menor, cualquier cantidad recuperada por el menor, el síndico, el tutor, el padre u otro representante del menor estará sujeto a esta disposición. Del mismo modo, si los familiares, herederos y/o cesionarios de la persona cubierta obtienen alguna recuperación debido a heridas sufridas por la persona cubierta, la recuperación estará sujeta a esta disposición.

El Plan tiene derecho a recuperar los honorarios y costos de su abogado en los que incurra para hacer cumplir esta disposición. El Plan será una cobertura secundaria de cualquier disposición de pagos médicos, póliza de seguro de automóvil sin culpa o póliza de protección contra heridas personales, independientemente de cualquier elección realizada por usted en sentido contrario. secundaria de cualquier disposición de pagos médicos, póliza de seguro de automóvil sin culpa o póliza de protección contra heridas personales, independientemente de cualquier elección realizada por usted en sentido contrario. El Plan también será secundario a cualquier póliza de seguro en exceso, incluidas, entre otras, pólizas escolares y/o deportivas.

Factores que Podrían Afectar la Recepción de los Beneficios

Muchos de los puntos a continuación hacen referencia específica al Plan Médico PPO de Anthem. Si usted está inscrito en otras opciones tales como una HMO, consulte el folleto de beneficios y cualquier otro material proporcionado por esa compañía de seguros para obtener información sobre los factores que podrían afectar la recepción de beneficios.

Ciertos factores podrían interferir en el pago de los beneficios por parte del Plan (derivar en su descalificación o inelegibilidad, la denegación de su reclamación o la pérdida o suspensión de los beneficios que razonablemente podría esperar). Ejemplos de tales factores incluyen los siguientes:

- **No presentar los formularios de inscripción debidamente cumplimentados.** La fecha efectiva de su cobertura médica está supeditada a la fecha en que la Oficina administrativa reciba los formularios de inscripción debidamente cumplimentados. Consulte “Inscripción” en el capítulo 3.
- **Realizar trabajos fuera de la cobertura de un acuerdo de negociación colectiva o informar menos o más horas trabajadas que las reales.** Todas las horas acreditadas a su cuenta de reserva, que de otro modo podrían ser utilizadas para establecer la elegibilidad, se cancelarán si, conscientemente, lleva a cabo un trabajo del tipo cubierto por algún acuerdo de negociación colectiva fuera de la cobertura de un acuerdo de negociación colectiva, sabiendo que el trabajo cubierto por un acuerdo de negociación colectiva está disponible o si permite que un empleador contribuyente, conscientemente, informe una menor o mayor cantidad de las horas trabajadas por usted. Consulte el capítulo 3 para obtener más información.
- **No informar otra cobertura médica.** Todas las horas acreditadas a su cuenta de reserva, que de otro modo podrían ser utilizadas para establecer su elegibilidad, se cancelarán si usted no informa a la Oficina administrativa la existencia de otras coberturas médicas a las que usted o sus Dependientes tengan derecho. Debe transmitir esta información siempre que se envíe un formulario de reclamación a Anthem.
- **No cumplir con las disposiciones de autorización previa del Plan.** Si está inscrito en el Plan Médico PPO de Anthem y desea recibir los máximos beneficios disponibles, debe cumplir con los requisitos de autorización previa de ese Plan para ciertos gastos del plan médico y ciertos medicamentos con receta. Consulte “Autorización previa” en el capítulo 4 para obtener más información.
- **No utilizar proveedores contratados.** Si está inscrito en un plan médico, de medicamentos recetados, de atención dental y de la visión de PPO, no recibirá el nivel más alto de cobertura disponible para muchos servicios a menos que utilice proveedores contratados (“PPO”, “participantes”, “red”, “contratación directa”). Consulte los capítulos 4 y 5 para obtener más información.
- **No pagar las tarifas o no cumplir con los requisitos de notificación para la continuación**

de cobertura de COBRA. Podrá perder la continuación de cobertura de COBRA si no la cantidad total de las tarifas de manera oportuna o si usted o un beneficiario no proporcionan a la Oficina administrativa la notificación de un evento calificado dentro de los límites de tiempo establecidos en “Continuación de Cobertura de COBRA” en el capítulo 3 de este manual.

- **No presentar reclamaciones de manera oportuna.** Debe presentar todas las reclamaciones y apelaciones de atención médica del Plan Médico PPO de Anthem y la información requerida **dentro de los plazos descritos en el capítulo 15 “Presentación de reclamaciones y apelaciones de reclamaciones”.**
- **Las disposiciones del Plan para la coordinación de los beneficios de atención médica.** Si usted o un Dependiente tienen cobertura médica, de atención de la visión o atención dental en virtud de otro plan, el pago de los beneficios en virtud del Plan Médico PPO de Anthem se coordinará con el pago de beneficios por parte de ese otro plan. Consulte “Coordinación de beneficios y recuperación de terceros” en el capítulo 9 para obtener más información.
- **Las disposiciones del Plan relacionadas con el pago por otra fuente.** El Fideicomiso podrá negarse a pagar los beneficios si usted no cumple con su obligación de reintegro respecto de los beneficios para los cuales exista otra fuente de pago, incluida la firma de acuerdos en este sentido en la forma requerida por la Oficina administrativa. El Fideicomiso no pagará beneficios si se determina que un tercero ya ha realizado el pago. Se reserva el derecho a retener los pagos de beneficios conforme al Plan si no existe la convicción de que los ingresos resultantes de la responsabilidad de un tercero no estarán disponibles para reintegrar al Plan. Consulte “Coordinación de beneficios (COB) y Recuperación de terceros” en el capítulo 9.
- **No actualizar su dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico o designación de beneficiario.** Si usted se mueve o cambia su número de teléfono o dirección de correo electrónico, es su responsabilidad mantener informada a la Oficina administrativa sobre el cambio para que puedan comunicarse con usted. De lo contrario, es posible que no reciba información importante sobre sus beneficios. Además, debe comunicarse con la Oficina administrativa con respecto a cualquier cambio en el estatus familiar (como matrimonio, divorcio, nacimiento, fallecimiento o un hijo que alcance la edad de 26 años).

Para informar un cambio, use el formulario de inscripción disponible en la Oficina administrativa o en el sitio web del Fideicomiso.

Usted será responsable de los pagos de beneficios/tarifas en base a información incorrecta sobre miembros de la familia (por ejemplo, si usted no notifica a la Oficina administrativa que se ha divorciado o un hijo ha dejado de ser un Dependiente elegible). Además, usted podrá ser responsable de otros gastos incurridos por el Fideicomiso como resultado de la información incorrecta. Estos costos incluyen (entre otros) honorarios de abogados, costos administrativos e intereses razonables.

Cualquier factor que afecte la recepción de sus beneficios dependerá de su situación particular. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la Oficina administrativa al (213) 386-8590 o al (800) 293-1370. Consulte también el capítulo 3 para obtener información sobre el mantenimiento de la elegibilidad para los beneficios.

Capítulo 10: BENEFICIOS MENSUALES POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

Este capítulo incluye información sobre:

- Términos especiales aplicables a este beneficio LTD
- Quiénes son elegibles para los beneficios LTD
- En qué consiste el beneficio LTD
- Cuando comienzan y cuándo terminan los beneficios LTD
- Comparación entre el beneficio LTD y una pensión de jubilación anticipada con beneficio complementario LTD
- Cómo solicitar los beneficios LTD

La información incluida en este capítulo se aplica solamente a las personas que cumplen con la definición especial de persona elegible para el **beneficio mensual por incapacidad a largo plazo**, como se describe a continuación.

Términos especiales aplicables a este beneficio LTD

Los siguientes términos utilizados en el presente capítulo tienen el significado que se les asigna en el Plan de Pensión de los Carpinteros del Sudoeste. Consulte por separado el manual de beneficios del Plan de Pensión para ver las definiciones de estos términos o póngase en contacto con la Oficina administrativa.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Crédito de Pensión• Interrupción Permanente de Servicios• Horas Trabajadas en un Empleo Cubierto• Fecha de la Contribución• Crédito de Servicio Futuro• Empleo Cubierto | <ul style="list-style-type: none">• Empleo No Cubierto• Pensión de Adquisición de Derecho• Fecha de Inicio de la Anualidad• Pensión• Pensión del Cónyuge Sobreviviente Calificado |
|--|---|

¿Quién es elegible para los beneficios LTD?

Las personas que cumplen con todos los siguientes requisitos son elegibles para recibir los beneficios mensuales por incapacidad a largo plazo (**también denominados “beneficios LTD”**), incluidos los beneficios complementarios y los beneficios adicionales por incapacidad.

Una persona que:

- Está totalmente incapacitada (consulte el capítulo del Glosario para ver la definición),
- Haya acumulado al menos 5 créditos de pensión en virtud del Plan de Pensión de los Carpinteros del Sudoeste sin una interrupción permanente de servicios,

- Tenga, en virtud del Plan de Pensión de los Carpinteros del Sudoeste, 500 horas trabajadas en un empleo cubierto desde su fecha de contribución y según el Plan de Pensiones de Carpinteros de Sudoeste se haya cumplido una de las siguientes condiciones:
 - a. Haya completado al menos 350 horas trabajadas en un empleo cubierto en virtud del Plan de Jubilación de los Carpinteros del Sudoeste dentro del período de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de la Incapacidad Total (consulte el Glosario para ver la definición de Incapacidad Total), o bien
 - b. Haya completado la cantidad suficiente de horas trabajadas en un empleo cubierto para adquirir al menos tres doceavas partes (o sea, $\frac{1}{4}$) de un crédito de servicio futuro en cada uno de tres años calendario, en el período de cinco años calendario consecutivos, que finalizó inmediatamente antes del año calendario en el que la persona quedó totalmente incapacitada,
- No haya trabajado en un empleo no cubierto luego del 1 de noviembre del 1992, o haya regresado a un empleo cubierto luego de trabajar en un empleo no cubierto y haya trabajado en empleo cubierto al menos el tiempo de duración del empleo no cubierto, y
- No haya establecido una fecha de inicio de la anualidad para obtener una pensión en virtud del Plan de Pensión de los Carpinteros del Sudoeste, con la siguiente excepción:

Excepción: una persona que recibe una Pensión por Jubilación Anticipada en virtud del Plan de Pensión de los Carpinteros del Sudoeste es elegible para recibir beneficios mensuales por incapacidad a largo plazo si la persona obtuvo del Seguro Social un fallo o una determinación de incapacidad efectivo **dentro de los 12 meses** de la fecha en la que la Oficina administrativa recibió su solicitud completa de Pensión por Jubilación Anticipada.

La persona debe solicitar los beneficios mensuales por incapacidad a largo plazo dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la determinación del Seguro Social de incapacidad. Comuníquese con la Oficina administrativa para obtener el formulario de solicitud necesario.

¿Qué es el beneficio LTD?

En General

El beneficio de LTD es un reemplazo parcial de ingresos para usted (una persona elegible) cuando no puede trabajar durante un largo período de tiempo debido a su accidente o enfermedad (esté o no relacionada con el trabajo).

Los beneficios LTD proporcionan una cantidad de dinero mensual durante la incapacidad hasta la edad normal de jubilación o el comienzo de una pensión en virtud del Plan de Pensión para Carpinteros del Sudoeste, lo que ocurra primero, que se calcula sobre la base de adquisición de derecho de créditos de pensión jubilatoria conforme al Plan de Pensión y que varía en función de su estado civil y otros factores.

El beneficio mensual varía en función de si la persona elegible está casada.

- Para las personas elegibles con incapacidad a largo plazo **que no estén casadas**, el beneficio mensual por incapacidad a largo plazo es el importe mensual de una pensión normal que se pagaría a la persona a los 65 años de edad.
- Para las personas elegibles con incapacidad a largo plazo **que estén casadas** en la fecha en que comiencen los beneficios mensuales por incapacidad a largo plazo, el beneficio mensual se reduce al multiplicar el beneficio mensual de pensión normal a los 65 años de edad por el 78%, menos el 0.4% por cada año que el cónyuge sea más joven que la persona o más el 0.4% por cada año que el cónyuge sea mayor que la persona.

Beneficio Complementario

Si la persona elegible con incapacidad a largo plazo recibe una Pensión por Jubilación Anticipada y cumple los requisitos para el beneficio mensual por incapacidad a largo plazo porque está incluida en la excepción que se describe al final de la sección anterior “¿Quién es elegible para los beneficios LTD?”, su beneficio mensual por incapacidad a largo plazo será la diferencia (si la hay) entre el importe mensual calculado de acuerdo con el párrafo anterior y el importe mensual de la Pensión por Jubilación Anticipada (determinada, en el caso de una persona casada, en forma de Pensión del Cónyuge Sobreviviente Calificado).

¿Cuándo comienzan los beneficios de LTD?

En general, el pago de beneficios mensuales por incapacidad a largo plazo se iniciará en la fecha que sea posterior, el sexto (6to) mes de la Incapacidad Total o el primer (1er) mes siguiente a la fecha en la que la Oficina administrativa reciba la solicitud de beneficios completa de la persona elegible, incluida cualquier documentación necesaria.

Sujeto a la aplicación correcta y oportuna, los beneficios mensuales por incapacidad a largo plazo para las personas que cumplan con los requisitos para recibir un beneficio complementario descrito anteriormente comenzarán en la fecha que sea posterior, la fecha en que comienzan los beneficios por incapacidad del Seguro Social o la fecha de inicio de anualidad de la Pensión por Jubilación Anticipada. Si se debe algún pago retroactivo, se pagará en un pago único sin intereses.

Comuníquese con el Departamento de Pensiones en la Oficina administrativa para conocer sus opciones de pensión con el fin de determinar si una Pensión de Jubilación Anticipada es una opción para usted o si es su mejor opción.

Beneficio Adicional por Incapacidad

Si los beneficios mensuales por incapacidad a largo plazo de una persona elegible con incapacidad a largo plazo comienzan con posterioridad al sexto (6to) mes de su incapacidad total, pero dentro de los dos (2) años después de la fecha de una notificación de fallo de incapacidad por parte del Seguro Social, la persona tendrá derecho a un pago equivalente a lo que se habría pagado desde la fecha en la que comenzaron los beneficios mensuales por incapacidad del Seguro Social hasta la fecha en que comienzan los beneficios mensuales por Incapacidad a largo plazo (menos los pagos de la pensión por jubilación anticipada realizados durante el período). Si se debe algún pago retroactivo, se pagará en un pago único sin intereses.

¿Cuándo terminan los beneficios de LTD?

Los beneficios mensuales por Incapacidad a largo plazo **cesarán inmediatamente** después de que se produzca cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- La persona elegible deja de estar totalmente incapacitada o no proporciona a la Oficina administrativa pruebas suficientes de la continuación de la incapacidad total, dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. En caso de que la persona elegible inicie un trabajo de prueba en virtud de un programa del Seguro Social, el pago de beneficios mensuales por incapacidad a largo plazo podrá continuar durante un período de hasta nueve meses, siempre y cuando la

persona elegible conserve su derecho a recibir un beneficio por incapacidad del Seguro Social durante todo el período de prueba en el trabajo.

- **Las personas elegibles deben notificar a la Oficina administrativa por escrito de su recuperación de una incapacidad total o la interrupción de los beneficios por incapacidad del Seguro Social, en el plazo de 15 días de ese hecho. De no hacerlo, se demorará el inicio de las pensiones según el Plan de Pensión de los Carpinteros del Sudoeste.**
- Se alcanza la edad normal de jubilación en virtud del Plan de Pensión de los Carpinteros del Sudoeste.
- Se cumplen las condiciones para calificar para una pensión completa en virtud del Plan de Pensión de los Carpinteros del Sudoeste.
- Establecimiento de una fecha de inicio de anualidad para una pensión en virtud del Plan de Pensión de los Carpinteros del Sudoeste, salvo como se indica anteriormente, al final de la sección “¿Quién es Elegible?” en este capítulo.
- Desempeño de un empleo remunerado.
- Fallecimiento de la persona elegible.

Comparación de los beneficios LTD de la Pensión por Jubilación anticipada con LTD suplementario

Para los participantes casados, el beneficio que se paga como una Pensión por Jubilación Anticipada puede ser mayor que el beneficio por incapacidad a largo plazo que paga el Plan de Salud y Bienestar, porque el cálculo de un beneficio por incapacidad a largo plazo utiliza factores de reducción más exigentes para los participantes con incapacidad casados que para los participantes solteros. Estos factores de reducción se pueden evitar mediante la elección de una Pensión por Jubilación Anticipada en la forma de una anualidad vitalicia individual (de soltero).

Sin embargo, el carpintero debe tener un mínimo de 10 créditos de pensión y haber alcanzado los 55 años de edad para tener derecho a una Pensión por Jubilación Anticipada, mientras que el beneficio por incapacidad a largo plazo solo exige un mínimo de 5 créditos de pensión y no hay requisito de edad mínima.

Comuníquese con el Departamento de Pensiones en la Oficina administrativa para conocer sus opciones de pensión con el fin de determinar si una Pensión de Jubilación Anticipada es una opción para usted o si es su mejor opción.

El ejemplo siguiente ilustra la diferencia en el importe en el caso hipotético de un Carpintero incapacitado que está casado:

Supongamos que el Carpintero con una incapacidad ha acumulado un beneficio de \$1,000 a pagar a la edad normal de jubilación en virtud del Plan de Pensión. El beneficio por incapacidad a largo plazo del carpintero en virtud del Plan de Salud y Bienestar se reduce por los factores de reducción de cónyuge para participantes con incapacidad (78% más o menos 0.4%). Si tanto el Carpintero como su cónyuge tienen 57 años de edad, el importe del beneficio mensual por incapacidad a largo plazo sería de \$780 (\$1,000 x 78%).

Por otro lado, si el mismo participante elige la Pensión por Jubilación Anticipada que se paga como una Pensión del Cónyuge Sobreviviente Calificado al 50%, el beneficio de \$1,000 se reduciría, en primer lugar, para la jubilación anticipada y luego para el pago en forma de una Pensión del Cónyuge Sobreviviente Calificado, de la siguiente manera: Reducción de edad para 57 años de edad = 85%. $1,000 \times 85\% = \$850$. Reducción en la Pensión del Cónyuge Sobreviviente Calificado = 88%. $\$850 \times 88\% = \748 .

En el ejemplo anterior, el beneficio por incapacidad a largo plazo (\$780) es mayor que el beneficio de Jubilación Anticipada (\$748) si el carpintero elige la Pensión del Cónyuge Sobreviviente Calificado al 50%. Sin embargo, el carpintero incapacitado podría elegir tomar el Beneficio de Pensión por Jubilación Anticipada en la forma de una Anualidad Vitalicia Individual (de soltero), en tal caso el beneficio sería de \$850.

Tenga en cuenta lo siguiente: debido a que la reducción para la jubilación anticipada comienza a los 65 años de edad en lugar de a los 62 años para los beneficios acumulados después de 2010, el importe en el ejemplo anterior sería inferior si alguno de los beneficios se hubiera adquirido después de 2010. Por lo tanto, si todos los beneficios se obtuvieron después de 2010, la Pensión por Jubilación Anticipada de \$1,000 para la pareja de 57 años de edad se reduciría, en primer lugar, en un 24% (1/4% por mes durante los ocho años que van entre los 65 y los 57 años de edad) hasta \$760 ($\$1,000 \times 76\%$). Ese importe se reduciría aún más en un 12% para el pago en forma de una Pensión del Cónyuge Sobreviviente Calificado al 50%. $\$760 \times 88\% = \668.80 .

Además de recibir la Pensión por Jubilación Anticipada, un carpintero participante incapacitado podrá recibir beneficios complementarios por incapacidad a largo plazo del Plan de Salud y Bienestar. El importe de los beneficios complementarios por incapacidad a largo plazo se calcula como la diferencia entre (1) el beneficio mensual por incapacidad a largo plazo menos (2) el importe mensual de la Pensión por Jubilación Anticipada. Los importes en (1) y (2) se calculan mediante la aplicación de los factores de reducción del Cónyuge Sobreviviente Calificado para los participantes con incapacidad (78% más o menos 0.4%) en el caso de un Carpintero casado.

De este modo, el afiliado del ejemplo anterior podría recibir un beneficio complementario por incapacidad a largo plazo de \$32, calculado como la diferencia entre el beneficio por incapacidad a largo plazo (\$780) y la Pensión por Jubilación Anticipada (\$748). La combinación del beneficio complementario por incapacidad a largo plazo de \$32 y la Pensión por Jubilación Anticipada de \$850 se traduciría en un beneficio total de \$882 por mes. El pago del beneficio complementario por incapacidad a largo plazo de \$32 finaliza al alcanzar la edad jubilatoria normal (NRA).

Algunas preguntas y respuestas para considerar sobre los beneficios de LTD

¿Se continuará pagando el beneficio por incapacidad a largo plazo al cónyuge sobreviviente después del fallecimiento de la persona elegible?

No, no hay beneficio de superviviente pagadero al cónyuge después de que fallece el participante. Sin embargo, al cónyuge sobreviviente se le pagará una anualidad Previa a la Jubilación si el cónyuge y el participante estuvieron casados durante al menos un año y cumplieron con los requisitos de servicio para recibir un beneficio de pensión en el momento del fallecimiento.

¿Se incrementará el beneficio por incapacidad a largo plazo si el cónyuge fallece antes que el participante?

No. La opción del aumento no está disponible si se selecciona el beneficio por incapacidad a largo plazo. La función emergente solo está disponible si el participante incapacitado elige una Pensión por Jubilación Anticipada en la forma de una Pensión del Cónyuge Sobreviviente Calificado.

Una vez que finaliza el beneficio por incapacidad a largo plazo, ¿qué forma de pensión hay disponible en virtud del Plan de Pensión?

Después de que un participante alcanza la edad normal de jubilación, el beneficio por incapacidad a largo plazo en virtud del Plan de Salud y Bienestar finaliza y podrá comenzar un beneficio de pensión en cualquiera de las opciones disponibles. Un participante casado podrá elegir una Anualidad Vitalicia Individual (de soltero) o una Pensión del Cónyuge Sobreviviente Calificado.

¿Podrá un carpintero incapacitado recibir beneficios parciales o proporcionales por incapacidad a largo plazo?

Sí. Hay disponibles beneficios parciales o proporcionales por incapacidad en el Plan de Salud y Bienestar Social si se cumplen las condiciones aplicables del Artículo XI del Plan de Pensión.

¿Los beneficios por incapacidad a largo plazo están sujetos a división después de un divorcio?

Sí. El Plan respetará los términos de una orden calificada de relaciones domésticas que otorga parte del beneficio por incapacidad a largo plazo al excónyuge.

Cómo Presentar una Solicitud (una Reclamación) para Beneficios de LTD/Prueba de Discapacidad

La solicitud de beneficios mensuales por incapacidad a largo plazo se puede solicitar a la Oficina administrativa llamando al (213) 386-8590 o al (800) 293-1370.

Envíe el formulario de solicitud completo junto con toda la documentación solicitada a:

Fideicomiso de Carpinteros de Sudoeste de Salud y Bienestar
Attn: Long Term Disability Dept.
533 S. Fremont Ave.
Los Angeles, CA 90071
(213) 386-8590 o (800) 293-1370

Las nuevas reclamaciones de LTD deben incluir un comprobante de su incapacidad total, como se describe en la “Prueba inicial de incapacidad total” a continuación.

Prueba Inicial de Incapacidad Total

El Plan acepta cualquiera de las siguientes opciones como prueba de su Incapacidad Total (consulte el capítulo del Glosario para la definición de este término) cuando solicite por primera vez los beneficios de LTD:

- Una determinación de incapacidad de la Administración del Seguro Social (SSA). Solicitar una determinación de incapacidad del Seguro Social es gratis. Consulte la solicitud de SSA en el siguiente sitio web: <https://www.ssa.gov/planners/disability/> .

- Una opinión escrita de una Organización de Revisión Independiente (IRO) acreditada por la Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización (URAC). Comuníquese con la Oficina administrativa para conocer los pasos que debe seguir para que una IRO revise sus registros médicos para confirmar que la IRO está de acuerdo con su médico (MD, DO o DPM) en cuanto a que usted está totalmente incapacitado. Usted paga \$200 por la revisión de la IRO, y el Fideicomiso paga el saldo del costo de la revisión de la IRO.

Ni el Plan ni la Oficina administrativa hará una determinación de incapacidad. En cambio, la determinación es hecha por el Seguro Social o una IRO acreditada por URAC.

La Oficina administrativa verifica que usted es elegible para solicitar los beneficios LTD y que ha presentado una prueba inicial de su incapacidad que es aceptable de acuerdo con las reglas del Plan.

Prueba de Incapacidad Total Permanente

Si recibe beneficios LTD del Plan, debe proporcionarle una prueba anual de su incapacidad total permanente. Cada año, la Oficina administrativa le enviará una carta solicitando:

- Prueba de sus beneficios de Ingresos por Incapacidad Permanente del Seguro Social, o
- Un formulario completado con la declaración de un médico de la incapacidad permanente (si no hay una determinación del Seguro Social), certificando que usted permanece totalmente incapacitado (según lo definido por el Plan).

Siempre y cuando presente pruebas de su incapacidad permanente de manera oportuna, sus beneficios de LTD continuarán. Si no proporciona una prueba oportuna de su incapacidad, sus beneficios LTD terminan (los beneficios se pueden restablecer una vez que el Plan reciba la prueba de su incapacidad total permanente). Si sus beneficios LTD terminan, usted recibirá una carta de denegación inicial (una determinación adversa de beneficios) (consulte el capítulo 15 para obtener información sobre cómo presentar una apelación de reclamación).

Fecha Límite para la Presentación de una Reclamación de LTD

Los beneficiarios de una pensión por jubilación anticipada deben presentar su solicitud (incluida una copia de la determinación de su incapacidad por el Seguro Social) de beneficios complementarios mensuales por incapacidad a largo plazo a la Oficina administrativa, **dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la Determinación de su Incapacidad por el Seguro Social.**

Aviso de Aprobación o Denegación de una Reclamación LTD

Los siguientes son los avisos que puede recibir cuando presente una reclamación LTD (consulte el capítulo 15 para conocer el procedimiento de presentación de reclamaciones de beneficios LTD):

- Según el recibo de la Oficina administrativa de su Determinación del Seguro Social o la confirmación de la IRO de la incapacidad total, así como su elegibilidad para los beneficios de LTD en virtud del Plan, la Oficina administrativa le notificará por escrito si su solicitud de beneficios de LTD es aprobada o denegada (determinación adversa de beneficios). Recibirá el aviso dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que la Oficina administrativa reciba la Determinación del Seguro Social o la confirmación de la IRO.
- Se le notificará si no sigue los procedimientos del Plan (por ejemplo, no presenta la prueba inicial de incapacidad). Luego tiene 45 días para obtener la información adicional.

- El período de 45 días puede extenderse hasta 30 días calendario, siempre que la Oficina administrativa determine que una extensión es necesaria debido a asuntos fuera de su control y le notifique por escrito (o electrónicamente, según corresponda) antes del vencimiento del período inicial de 45 días. La notificación indicará que se necesita tiempo adicional para procesar la reclamación, las circunstancias especiales para la extensión y la fecha en la que la Oficina administrativa espera proporcionar su determinación.

Si, antes del final de la primera extensión de 30 días, la Oficina administrativa determina que, debido a asuntos fuera de su control, no puede proporcionar una notificación dentro del primer período de extensión de 30 días, el período de determinación puede extenderse hasta un período adicional 30 días calendario. Se le notificará antes del primer período de extensión de 30 días las circunstancias que requieren la segunda extensión, así como la fecha en la que la Oficina administrativa espera proporcionar una notificación.

El aviso de extensión explicará lo siguiente:

- a. Estándares en los que se basa el derecho a un beneficio,
 - b. problemas no resueltos que impiden una decisión, y la
 - c. información adicional que se necesita para resolver esos problemas.
- Si la Oficina administrativa necesita información adicional de usted para tomar su decisión, tendrá al menos 45 días calendario para enviar la información adicional. Si se extiende un período de tiempo debido a que usted no envía la información, el período de tiempo se medirá desde la fecha en que se envíe el aviso de extensión hasta la fecha en que usted responda, o hasta el día en que hayan transcurrido 60 días desde la fecha en la que se envió el aviso (lo que ocurra antes).

Preguntas Sobre los Beneficios de LTD

Si tiene alguna pregunta sobre la presentación de su reclamación o sobre los beneficios de LTD, comuníquese con la Oficina administrativa a los números de teléfono que figuran en la Tabla de referencia al comienzo de este documento.

Para obtener información sobre qué hacer si no está de acuerdo con la decisión tomada con respecto a su reclamación por incapacidad, consulte el capítulo 15.

Capítulo 11: RESUMEN DEL SEGURO DE VIDA DEL EMPLEADO

Este capítulo incluye información sobre:

- ¿Cuál es el beneficio del seguro de vida?
- Su beneficiario para los beneficios del seguro de vida
- Cómo continuar con su seguro de vida si pierde la elegibilidad
- Información sobre cómo presentar reclamaciones de seguro de vida

La información incluida en este capítulo solo se aplica a los **Carpinteros activos y a los Empleados de Categoría Especial** que son Personas Elegibles al momento de su fallecimiento (y se aplica independientemente de qué Opción de beneficio médico los cubre en virtud del Plan). Los participantes de COBRA NO están contemplados por este beneficio.

La información incluida en este capítulo es un breve resumen de su cobertura de seguro de vida. Encontrará más detalles sobre la cobertura en el Certificado de cobertura presentado por la Compañía de seguros de vida que figura en la Tabla de referencia al comienzo de este documento. Si necesita una copia del Certificado, llame a la Oficina administrativa o visite la página web del Fideicomiso, www.carpenterssw.org.

¿Cuáles son los beneficios del seguro de vida?

BENEFICIO DEL SEGURO DE VIDA DEL EMPLEADO	MONTO DEL SEGURO DE VIDA DEL EMPLEADO
En el caso de su fallecimiento por cualquier causa mientras es una persona elegible, se pagará un beneficio de seguro de vida a los beneficiarios que figuran en su credencial/formulario de beneficiario del seguro de vida más recientemente firmado, que se encuentre en el archivo de la Oficina administrativa.	\$20,000 de seguro de vida colectivo a término

Su Beneficiario Para los Beneficios del Seguro De Vida

Asegúrese de haber completado formulario de beneficiario del seguro de vida y haberla enviado a la Oficina administrativa. Puede nombrar a cualquier persona o personas como **beneficiarios de su seguro de vida**. Si nombra a más de un beneficiario, se beneficiarán por igual, a menos que usted haya dispuesto algo diferente. Los intereses de un beneficiario que fallece antes que usted se acumularán para los beneficiarios sobrevivientes.

Podrá solicitar un cambio de beneficiario en cualquier momento mediante la presentación de un nuevo formulario de beneficiario a la Oficina administrativa. Los formularios de beneficiario están disponibles en la Oficina administrativa o en la oficina de su Unión. Un formulario de beneficiario de seguro de vida completado es el único documento que el Fideicomiso aceptará para su elección de

beneficiario.

Por ejemplo, si firma un testamento u obtiene una disolución de matrimonio, esos documentos u órdenes judiciales no tendrán validez para cambiar a su beneficiario designado para sus beneficios de seguro de vida ni se podrá cambiar de beneficiario mediante un poder legal. En su lugar, debe completar y devolver una nueva credencial/formulario de beneficiario a la Oficina administrativa.

Comuníquese con la Oficina administrativa si está nombrando a alguien que no sea su cónyuge legal para que sea su beneficiario, ya que el cónyuge legal debe firmar su acuerdo por escrito con esta designación de beneficiario en el formulario del beneficiario.

Las designaciones o cambios de beneficiario serán efectivas en la fecha de su formalización, independientemente de si usted está vivo o no en el momento en que los reciba la Oficina administrativa. En el caso de que usted fallezca antes de que se registre una designación o un cambio, los beneficios por fallecimiento que ya se hayan pagado se deducirán del importe a pagar a un beneficiario recién designado.

El beneficiario que usted designe para el seguro de vida también es su beneficiario para el beneficio por fallecimiento accidental (consulte el capítulo 13: “Resumen de Beneficios por Fallecimiento Accidental y Desmembramiento”).

Si no se ha designado adecuadamente a ningún beneficiario, su seguro de vida se pagará en partes iguales a la primera de las siguientes categorías de beneficiarios sobrevivientes:

Su:

- Cónyuge legal
- Hijos naturales y adoptados legalmente
- Madre y padre
- Hermanos y hermanas
- Herederos

Cómo Continuar con su Seguro de Vida Si Pierde la Elegibilidad (opción de conversión)

Si su elegibilidad finaliza mientras la Póliza Maestra de Seguro Colectivo de Vida continúa en vigencia, su seguro grupal de vida a término se pagará en el caso de que se produzca su fallecimiento durante los siguientes 31 días.

Conversión: Durante el período de 31 días, **usted podrá convertir su seguro colectivo de vida a término en una póliza individual** sin tener que acreditar su buena salud. Podrá seleccionar cualquier tipo de póliza individual que otorgue habitualmente la Compañía de Seguros de Vida, salvo los seguros a término o las pólizas que contengan beneficios por incapacidad. La póliza individual será efectiva al final del período de 31 días. Las tarifas serán las mismas que usted pagaría normalmente si solicitara una póliza individual en ese momento.

Portabilidad: Sin perjuicio de la disposición sobre conversión descrita anteriormente, la Póliza Maestra de Seguro Grupal de Vida también contiene una **característica de portabilidad** que puede permitirle continuar con su seguro de vida y la cobertura por fallecimiento accidental y desmembramiento después de que pierda su elegibilidad debido a horas de trabajo insuficientes. Se deben cumplir criterios específicos para calificar para el beneficio de portabilidad, y la solicitud de pago de los beneficios y tarifas debe hacerse dentro de los 31 días siguientes a la fecha de la pérdida de elegibilidad. Para obtener más información sobre la característica de portabilidad, consulte el Certificado de Cobertura emitida por la compañía de seguros de vida.

Si desea aprovechar el acuerdo de conversión o portabilidad, comuníquese con la Compañía de Seguros

de Vida en la dirección que figura en la Tabla de referencia al comienzo de este documento.

AVISO: Si vuelve a establecer su elegibilidad activa en virtud del Plan y luego pierde nuevamente la elegibilidad, no podrá convertir el seguro grupal de vida a término en una póliza individual si ya tiene una póliza individual efectiva como resultado de una conversión anterior.

Cómo Presentar una Reclamación del Seguro de Vida del Empleado

Su beneficiario deberá enviar de inmediato a la Oficina administrativa una copia certificada del certificado de defunción, donde figure el número de Seguro Social de la persona fallecida.

La compañía de seguros hará el pago de la reclamación con prontitud tras la recepción de todos los documentos necesarios.

Si su beneficiario no está de acuerdo con la decisión de pago tomada con respecto a la reclamación, el beneficiario puede solicitar una revisión de la decisión, siga las instrucciones de apelación de reclamación que le proporcionó la compañía de seguros.

Todos los certificados de defunción y la correspondencia deben enviarse a la Oficina administrativa a:

Carpenters Southwest Administrative Office
ATTN: Life Insurance Department
533 South Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706
(213) 386-8590 o (800) 293-1370

Capítulo 12: RESUMEN DEL SEGURO DE VIDA DEL DEPENDIENTE

Este capítulo incluye información sobre:

- ¿Cuáles son los beneficios del seguro de vida para Dependientes?
- Beneficiario de los beneficios del seguro de vida para Dependientes
- Cómo pueden sus Dependientes continuar con el seguro de vida si pierden la elegibilidad
- Información sobre cómo presentar reclamaciones de seguro de vida

La información incluida en este capítulo solo se aplica a los Carpinteros activos y a los Empleados de Categoría Especial que sean Personas Elegibles al momento del **fallecimiento de su Dependiente elegible** (y se aplica independientemente de qué Opción de Beneficio Médico los cubre en virtud del Plan). Los participantes de COBRA NO están contemplados por este beneficio.

Para los beneficios del seguro de vida, los hijos Dependientes están cubiertos hasta el final del mes en que cumplan 19 años o el final del mes en que cumplan 23 años si son estudiantes de tiempo completo. Consulte la página 3 para obtener más información sobre las normas de elegibilidad para el seguro de vida del Dependiente.

La información incluida en este capítulo es un breve **resumen de la cobertura de seguro de vida del Dependiente**. Encontrará más detalles sobre la cobertura en el Certificado de cobertura presentado por la compañía de seguros de vida que figura en la Tabla de referencia al comienzo de este documento. Si necesita una copia del Certificado, llame a la Oficina administrativa o visite la página web del Fideicomiso, www.carpenterssw.org.

¿Cuáles son los beneficios del seguro de vida para Dependientes?

Los beneficios se pagan en los siguientes importes en el caso del fallecimiento de un Dependiente elegible por cualquier causa, mientras el empleado del cual deriva su condición de Dependiente sea una persona elegible.

FAMILIARES ELEGIBLES	LISTA DE CANTIDADES DEL SEGURO DE VIDA DEL EMPLEADO
Cónyuge	\$3,000
Cada hijo*	\$3,000

*Nota: en el caso del fallecimiento de un bebé, el niño debe haber nacido con vida para que se paguen beneficios.

Su Beneficiario Para los Beneficios del Seguro De Vida para Dependientes

El importe del seguro de vida que se muestra en el cuadro anterior se le pagará a usted (el Carpintero activo o el Empleado de Categoría Especial que es una persona elegible y del cual se derivó la condición de Dependiente) si vive, o a sus herederos en caso contrario.

Cómo Pueden Sus Dependientes Continuar con el Seguro De Vida Si Pierden la Elegibilidad (Opción de Conversión)

Si la elegibilidad de su cónyuge Dependiente o hijo Dependiente finaliza mientras esté efectiva la Póliza Maestra de Seguro Grupal de Vida, todos los seguros efectivos en ese momento sobre la vida de su Dependiente podrán **convertirse en cualquier tipo de póliza individual de seguro de vida** proporcionada habitualmente por la compañía de seguros de vida, con excepción de los seguros a término o las pólizas que contengan beneficios por incapacidad, sin que su Dependiente deba acreditar buena salud.

Para convertir el seguro, usted o su Dependiente deben presentar una solicitud a la compañía de seguros de vida dentro de los 31 días de la terminación del seguro de su Dependiente. Las tarifas serán las mismas que usted o su Dependiente pagarían normalmente si su Dependiente solicitara una póliza individual en ese momento.

Si desea aprovechar este acuerdo de conversión, comuníquese con la Compañía de Seguros de Vida en la dirección que figura en la Tabla de referencia al comienzo de este documento.

AVISO: Si vuelve a establecer su elegibilidad activa en virtud del Fideicomiso y luego pierde nuevamente la elegibilidad, usted o su Dependiente no podrán convertir el seguro grupal de vida a término de su Dependiente en una póliza individual si el Dependiente ya tiene una póliza individual efectiva como resultado de una conversión anterior.

El beneficio de seguro de vida para su Dependiente se pagará si el fallecimiento de su Dependiente se produce durante el período en el que se puede hacer la solicitud de conversión.

Cómo Presentar una Reclamación para los Beneficios del Seguro de Vida Para Dependientes

Cada vez que haya una reclamación, su beneficiario debe enviar de inmediato una copia certificada del certificado de defunción, que incluya el número de Seguro Social (SSN) de la persona fallecida, a la Oficina administrativa.

Todos los certificados de defunción y la correspondencia deben enviarse a la Oficina administrativa a:

Carpenters Southwest Administrative Office
ATTN: Life Insurance Department
533 South Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706
(213) 386-8590 o (800) 293-1370

La compañía de seguros hará el pago de la reclamación con prontitud tras la recepción de todos los documentos necesarios.

Si no está de acuerdo con la decisión tomada con respecto a su reclamación, siga las instrucciones de apelación de reclamaciones que le proporcionó la compañía de seguros.

Capítulo 13: RESUMEN DE BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D) DEL EMPLEADO

Este capítulo incluye información sobre:

- ¿Cuáles son los beneficios de AD&D?
- Su beneficiario
- Lo que no está cubierto
- Información sobre la presentación de reclamaciones

La información incluida en este Capítulo **solo se aplica a los Carpinteros activos y a los empleados de categoría especial** que son personas elegibles al momento de su fallecimiento o herida cubierta (y se aplica independientemente de qué opción de beneficio médico en virtud del Plan los cubre). Los participantes de COBRA y los Dependientes NO están cubiertos por este beneficio.

La información incluida en este Capítulo es un breve resumen de su cobertura por fallecimiento accidental y desmembramiento (AD&D). Encontrará más detalles sobre la cobertura en el Certificado de cobertura presentado por la compañía de seguros de vida que figura en la Tabla de referencia al comienzo de este documento. Si necesita una copia del Certificado, póngase en contacto con la Oficina administrativa.

¿Cuáles son los beneficios de AD&D?

Se le pagará el beneficio por fallecimiento accidental y desmembramiento por cualquiera de las siguientes pérdidas por medios accidentales, dentro o fuera del trabajo, que se produzcan mientras sea una persona elegible. La herida debe haberse producido mientras usted estaba asegurado y la pérdida debe ocurrir dentro de los 365 días posteriores a la herida. El pago se efectuará independientemente de cualquier otro beneficio que pueda recibir.

Programa de beneficios de AD&D	
Descripción de la pérdida	Beneficio que se paga
Su fallecimiento	\$20,000 (se paga a su beneficiario)
Pérdida de ambas manos, ambos pies o la visión de ambos ojos	\$20,000 (se paga a usted)
Pérdida de una mano y un pie	\$20,000 (se paga a usted)
Pérdida del habla y la audición en ambos oídos	\$20,000 (se paga a usted)
Pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo	\$20,000 (se paga a usted)
Pérdida de una mano o un pie o la visión en un ojo	\$10,000 (se paga a usted)

Programa de beneficios de AD&D	
Descripción de la pérdida	Beneficio que se paga
Pérdida del habla	\$5,000 (se paga a usted)
Pérdida de la audición en ambos oídos	\$5,000 (se paga a usted)
Cuadriplejía (parálisis total de ambas extremidades superiores e inferiores)	\$20,000 (se paga a usted)
Paraplejía (parálisis total de ambas extremidades inferiores)	\$10,000 (se paga a usted)
Hemiplejía (parálisis total de las extremidades superiores e inferiores en un lado del cuerpo)	\$10,000 (se paga a usted)
Pérdida del pulgar y el índice de una mano	\$5,000 (se paga a usted)

La pérdida de la visión, la audición o el habla debe ser total e irrecuperable. La pérdida de un brazo, una pierna, una mano o un pie debe ser una amputación completa a la altura o por encima de la muñeca o el tobillo. La pérdida de un dedo pulgar y un dedo índice debe ser una amputación completa a la altura o por encima de las articulaciones metacarpofalángicas.

El importe máximo total para pagar por todas las pérdidas no excederá los \$20,000, salvo que se especifique de otro modo en algún beneficio adicional aplicable o disposición adicional incluidos en el Certificado de Cobertura presentado por la compañía de seguro de vida.

Hay diversos beneficios adicionales que se describen en el Certificado de Cobertura, incluidos:

- Beneficio adicional para educación infantil
- Beneficio adicional para repatriación
- Beneficio adicional para cinturón de seguridad y bolsa de aire
- Beneficio adicional para accidentes de transportistas comunes
- Beneficio adicional para educación del cónyuge
- Beneficio adicional para cuidado infantil
- Beneficio adicional en caso de estado de coma
- Beneficio adicional en caso de sufrir agresiones en el trabajo

Para obtener más información sobre estos beneficios adicionales, consulte el Certificado de Cobertura publicado por la compañía de seguro de vida.

Su Beneficiario Para los Beneficios de AD&D

Su beneficiario para el beneficio por fallecimiento accidental es el mismo que el beneficiario de su seguro de vida. Podrá solicitar un cambio de beneficiario en cualquier momento mediante la presentación de un nuevo formulario de beneficiario. Los formularios de beneficiario están disponibles en la Oficina administrativa o en la oficina de su Unión.

Exclusiones de AD&D: Lo que no está cubierto

No se realizarán pagos para un Beneficio por Fallecimiento Accidental y Desmembramiento respecto de un fallecimiento o pérdida, que deriven directa o indirectamente de uno o varios de los siguientes hechos o que estén relacionados en algún modo o grado con ellos:

- a. Suicidio o intento de suicidio o heridas autoinfligidas si se produjeron en su sano juicio o no.
- b. Enfermedad física o mental.
- c. Infección bacteriana o intoxicación bacteriana, salvo la infección originada por un corte o una herida provocados por un accidente.
- d. Viajar en avión o descender de él, ya sea como piloto o como miembro de la tripulación.
- e. Cualquier conflicto armado, se haya declarado la guerra o no, que involucre a cualquier país o gobierno.
- f. Heridas sufridas durante el servicio militar de cualquier país o gobierno.
- g. Heridas que se produzcan cuando cometa o intente cometer un delito grave.
- h. Su intoxicación. Intoxicación significa que el contenido de alcohol en sangre alcanza o excede la presunción legal de intoxicación según las leyes del estado donde ocurrió el accidente.
- i. Pérdida sufrida o contraída como consecuencia de estar bajo los efectos de cualquier sustancia controlada, salvo que se administre por recomendación médica.

Cómo Presentar una Reclamación de Beneficios por Fallecimiento Accidental y Desmembramiento del Empleado

Debe notificar de inmediato la reclamación a la Oficina administrativa. Los formularios necesarios se enviarán al reclamante para que el pago de la reclamación pueda hacerse rápidamente.

Todos los certificados de defunción y la correspondencia deben enviarse a la Oficina administrativa a:

Southwest Carpenters Administrative Office
ATTN: AD&D Benefits Department
533 South Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706
(213) 386-8590 o (800) 293-1370

Si usted o su beneficiario no están de acuerdo con la decisión de pago tomada con respecto a la reclamación, se puede apelar siguiendo las instrucciones de apelación de reclamaciones que le proporcione a usted la compañía de seguros. Advierta a su beneficiario de la existencia de esa información.

Capítulo 14: DISPOSICIONES GENERALES Y AVISOS DEL PLAN

Este capítulo incluye información sobre:

- Privacidad de la información médica
- Sus derechos conforme a ERISA
- Información sobre las disposiciones generales del Plan
- Información del Plan

Privacidad de la Información Médica

El Plan está obligado a cumplir con las normas incluidas en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) con respecto a cómo podrá usarse y divulgarse su información médica y cómo puede tener acceso a ella.

La Notificación de Confidencialidad del Plan se puede ver en línea en el sitio web de la Oficina administrativa www.carpenterssw.org, y está disponible una copia sin cargo en la Oficina administrativa.

Es posible que deba completar y enviar a la Oficina administrativa un **formulario de autorización de HIPAA** si desea que la Oficina administrativa divulgue información sobre usted a otra persona, como su representante de la Unión, cónyuge o hijos mayores de edad. Del mismo modo, si su cónyuge o hijo mayor de 18 años desea que la Oficina administrativa divulgue su información personal a otra persona, como usted, podrá ser necesario que complete y envíe un formulario de autorización de HIPAA.

Los formularios de autorización se pueden obtener en la Oficina administrativa o en la página web del Fideicomiso, www.carpenterssw.org.

A partir del 14 de abril de 2003, una ley federal, la **Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA)**, enmendada por la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH), requiere que los planes de salud grupales autofinanciados (como el que se describe en este documento en lo sucesivo denominado “Plan”), mantenga la privacidad de información sobre su salud que lo identifique personalmente (denominada **Información de salud protegida o PHI**).

- El término “**Información de salud protegida**” (PHI) incluye toda la información relacionada con su condición de salud anterior, presente o futura que lo identifica individualmente o podría usarse razonablemente para identificarlo y es transferida a otra entidad o conservada por el Plan en forma oral, escrita, electrónica o de cualquier otra forma.
- **La PHI no incluye** la información de salud contenida en los registros de empleo de su empleador en su función como empleador, incluida, entre otras, la información de salud sobre discapacidad, enfermedad/lesión relacionada con el trabajo, licencia por enfermedad, licencia familiar y médica (FMLA), seguro de vida, seguro de AD&D, FSA para el cuidado de Dependientes, prueba de drogas, etc.

Puede encontrar una descripción completa de sus derechos en virtud de HIPAA en el **Aviso de prácticas de privacidad del Plan**, que se le distribuyó previamente al inscribirse en el Plan y también está disponible en la Oficina administrativa. La información sobre HIPAA en este documento no está destinada y no puede interpretarse como el Aviso de prácticas de privacidad del Plan.

El Plan y el Patrocinador del Plan (el Consejo Directivo del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar) no usarán ni divulgarán más información que esté protegida por HIPAA (“Información de salud protegida o PHI”), excepto cuando sea necesario para el tratamiento, pago, operaciones de atención médica y administración del Plan o según lo permitido o requerido por la ley. **En particular, el Plan, sin su autorización por escrito, no usará ni divulgará Información de salud protegida para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o referidas a cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados del Patrocinador del Plan.**

Excepto según lo permitido por HIPAA, el Plan solo usará o divulgará su PHI con fines de comercialización o venderá (intercambiará) su PHI por remuneración (pago), con su autorización por escrito. El Plan puede divulgar su PHI al Patrocinador del Plan con el fin de revisar una reclamación de beneficios, una apelación o por otros motivos relacionados con la administración del Plan.

- a. **El uso y divulgación de la PHI por parte del plan:** El Plan utilizará la Información de salud protegida (PHI), sin su autorización o consentimiento, en la medida y de acuerdo con los usos y divulgaciones permitidos por las normas de privacidad de HIPAA. Específicamente, el Plan utilizará y divulgará Información de salud protegida para fines relacionados con el tratamiento de atención médica, el pago por atención médica y las operaciones de atención médica (a veces denominadas TPO), como se define a continuación.

El tratamiento es la provisión, coordinación o gestión de la atención médica y los servicios relacionados. También incluye, entre otros, consultas y derivaciones entre uno o más de sus proveedores de atención médica.

El pago incluye actividades emprendidas por el Plan para obtener tarifas o determinar o cumplir con su responsabilidad de cobertura y provisión de beneficios del Plan con actividades que incluyen, entre otras, las siguientes:

- Determinación de elegibilidad, cobertura, cantidades de costos compartidos (por ejemplo, costo de un beneficio, máximos del plan y copagos según lo determinado para la reclamación de una persona), y el establecimiento de contribuciones de los empleados para la cobertura.
- Gestión de reclamaciones y procesamiento de datos de atención médica relacionados, resolución de reclamaciones de beneficios de salud (incluidas apelaciones y otras disputas por pagos), coordinación de beneficios, subrogación de reclamaciones de beneficios de salud, facturación, actividades de cobranza, procesamiento de datos de atención médica relacionados, auditoría de reclamaciones.
- Revisiones de necesidad médica, revisiones de adecuación de la atención o justificación de cargos, gestión de utilización, incluida la precertificación/autorización previa, revisión concurrente y/o revisión retrospectiva.

Las operaciones de atención médica incluyen, entre otras:

- Planificación y desarrollo comercial, tales como la gestión de costos y análisis relacionados con la planificación para la gestión del Plan, desarrollo o mejora de métodos de Pago o políticas de cobertura, evaluación de calidad, actividades de seguridad del paciente.

- Actividades basadas en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de la atención médica, el desarrollo de protocolos, el manejo de casos y la coordinación de la atención, el manejo de enfermedades, el contacto con proveedores de atención médica y pacientes con información sobre alternativas de tratamiento y funciones relacionadas.
 - Suscripción (el Plan no utiliza ni divulga PHI que sea Información genética como se define en 45 CFR 160.103 para fines de suscripción tal como se establece en 45 CFR 164.502 (a) (5) (1)), inscripción, calificación de tarifas y otras actividades relacionadas con la renovación o reemplazo de un contrato de seguro de salud o beneficios de salud, calificación del proveedor y desempeño del Plan, incluidas actividades de acreditación, certificación, licencia o acreditación.
 - Llevar a cabo u organizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos programas de cumplimiento y detección de fraude y abuso.
 - Administración comercial y actividades administrativas generales del Plan, incluidas, entre otras, las actividades de administración relacionadas con la implementación y el cumplimiento de los requisitos de la Simplificación administrativa de HIPAA, el servicio al cliente, la resolución de reclamaciones internas o la provisión de análisis de datos para asegurados, patrocinadores del plan u otros clientes.
 - Cumplimiento y preparación de documentos requeridos por la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA), incluidos el Formulario 5500, Informes anuales resumidos y otros documentos.
- b. **Cuando se necesita un formulario de autorización:** En general, el Plan requerirá que firme un formulario de autorización válido (disponible en la Oficina administrativa) para que el Plan use o divulgue su PHI que **no sea** cuando solicita su propia PHI, una agencia gubernamental la requiera o el Plan la use para tratamiento, pago u operaciones de atención médica u otra instancia en la que HIPAA permita explícitamente el uso o divulgación sin autorización. El Aviso de prácticas de privacidad del Plan también analiza los momentos en que se le dará la oportunidad de aceptar o no antes de que el Plan use y divulgue su PHI.
- c. **El Plan divulgará la PHI al Patrocinador del Plan solo** después de recibir una certificación del Patrocinador del Plan de que los documentos del Plan se han modificado para incorporar las siguientes disposiciones. Con respecto a la PHI, el Patrocinador del Plan acepta:
1. No utilizar ni divulgar la información de otra manera que no sea la permitida o requerida por el Documento del Plan o según lo exija la ley.
 2. Garantizar de que todos los agentes, incluidos sus subcontratistas, a quienes el Patrocinador del Plan proporciona la PHI recibida del Plan acepten las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a la información. Este Plan contrata a profesionales y otras compañías, denominadas Asociados Comerciales, para ayudar en la administración de beneficios. El Plan requiere que estos Asociados Comerciales respeten las reglas de privacidad de HIPAA.
 3. No usar ni divulgar la información para acciones y decisiones relacionadas con el empleo.
 4. No utilizar ni divulgar la información en relación con ningún otro beneficio o plan de beneficios para empleados del Patrocinador del Plan (a menos que lo autorice la persona o se divulgue en el Aviso de prácticas de privacidad del Plan).
 5. Informar al Plan cualquier uso o divulgación de la información que no sea compatible con los usos o divulgaciones provistos de los cuales se tenga conocimiento.

6. Poner la PHI a disposición de la persona de acuerdo con los requisitos de acceso de HIPAA.
 7. Hacer que la PHI esté disponible para enmiendas e incorporar cualquier enmienda a la PHI de acuerdo con HIPAA.
 8. Poner a disposición la información requerida para proporcionar un informe de las divulgaciones de PHI.
 9. Poner a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) las prácticas internas, los libros y los registros relacionados con el uso y la divulgación de la PHI recibida del Plan de salud colectivo para determinar el cumplimiento del Plan con HIPAA.
 10. Si es factible, devuelva o destruya toda la PHI recibida del Plan que el Patrocinador del Plan mantenga de cualquier forma y no conserve ninguna copia de la información cuando ya no sea necesaria para el propósito para el cual se hizo la divulgación. Si la devolución o destrucción no es factible, limite los usos y divulgaciones adicionales a aquellos fines que hacen que la devolución o destrucción de la PHI no sea factible.
 11. Notificarle si se produce una violación de su Información de salud protegida (PHI) no segura.
- d. **Con el fin de garantizar que se mantenga una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan** de acuerdo con HIPAA, solo los siguientes empleados o clases de empleados pueden tener acceso para usar y divulgar su PHI:
1. Personal de la Oficina administrativa que administra el Plan.
 2. Asociados comerciales bajo contrato con el Plan, incluidos, entre otros, el administrador de reclamaciones del plan médico, la red de organizaciones de proveedores preferidos, la compañía de administración de utilización, el programa de medicamentos recetados para pacientes externos y el administrador de COBRA.
- e. Las personas descritas en el inciso d. anterior solo pueden tener acceso y usar y divulgar PHI para las funciones de administración del Plan que el Patrocinador del Plan realiza para el Plan. Si estas personas no cumplen con esta obligación, el Patrocinador del Plan ha diseñado un mecanismo para la resolución del incumplimiento. **Los asuntos de incumplimiento** (incluidas las sanciones disciplinarias, según corresponda) serán investigados y gestionados por el Funcionario de Privacidad del Plan, cuya dirección y número de teléfono figuran en la Tabla de referencia al comienzo de este documento.
- Si es menor de edad y le preocupa que el Plan divulgue PHI a sus padres o tutores, comuníquese con la Oficina administrativa.
- f. A partir del 21 de abril de 2005, de conformidad con las normas de **seguridad de HIPAA**, el Patrocinador del plan:
1. Implementará salvaguardas administrativas, físicas y técnicas que protejan de manera razonable y apropiada la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la PHI electrónica que crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del plan de salud grupal.
 2. Se asegurará de que la separación adecuada analizada en la subsección d. anterior, específica de la PHI electrónica, esté respaldada mediante medidas de seguridad razonables y apropiadas,
 3. Se asegurará de que cualquier agente, incluido un subcontratista, a quien proporciona PHI electrónica acuerde implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la PHI electrónica.
 4. Informará al Plan cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento en relación con la PHI electrónica.

Sus Derechos Conforme a ERISA

Como participante en el Plan de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar para Carpinteros Activos, usted tiene ciertos derechos y protecciones conforme la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para los Empleados del 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés). ERISA establece que todos los participantes del Plan tienen derecho a:

Recibir Información sobre su Plan y Beneficios

Usted tiene derecho a:

- Examinar, sin costo, en la Oficina administrativa y en otros lugares específicos, tales como los sitios de trabajo y centros sindicales, todos los documentos que rigen la operación del Plan. Estos documentos incluyen contratos de seguro y acuerdos de negociación colectiva y una copia del último informe anual (Serie Formulario 5500) presentado por el Plan al Departamento de Trabajo de los EE. UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (anteriormente la Administración de Beneficios de Pensiones y Bienestar).
- Obtener, mediante una solicitud por escrito ante la Oficina administrativa, copias de los documentos que rigen la operación del Plan. Estos documentos incluyen los contratos de seguros, los Acuerdos de Negociación Colectiva, copias del último informe anual (Formulario Serie 5500), documento del plan/descripción actualizada del resumen del Plan con modificaciones y resumen de las modificaciones del material. El Administrador del Plan podrá cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del Plan está obligado por ley a entregar a cada participante una copia de este resumen del informe anual.

Continuar la Cobertura del Plan Médico Grupal

Continúe con la cobertura médica para usted, su cónyuge o Dependientes si hay una pérdida de la cobertura en virtud del Plan como resultado de un evento calificado. Usted o sus Dependientes podrán tener que pagar por la cobertura. Revise el Capítulo 3 de este documento o los folletos del plan médico HMO para conocer las normas que rigen sus derechos de continuidad de cobertura mediante COBRA (y en el caso de la cobertura de HMO en California, los derechos al programa Cal-COBRA).

Acciones Prudentes por Parte de Fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación de los planes de beneficios para empleados. Las personas que administran su plan, denominadas “fiduciarias” del Plan, tienen el deber de hacerlo de manera prudente y en interés suyo y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni siquiera su empleador, su Unión, ni ninguna otra persona, podrán despedirlo ni discriminarlo de ninguna manera que le impida obtener un beneficio de bienestar o ejercer sus derechos bajo de ERISA.

Exigir el Cumplimiento de sus Derechos

Si su reclamación por un beneficio de bienestar es denegada o ignorada, en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a saber por qué se hizo esto, a obtener sin cargo copias de los documentos relacionados con la decisión y a apelar cualquier denegación, dentro de ciertos plazos.

De acuerdo con ERISA, hay pasos que puede seguir para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si usted solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual del Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podrá exigir al Administrador del Plan que le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 diarios hasta que los reciba, a menos que estos no se hayan enviado por razones ajenas a la voluntad del Administrador del Plan.

Si usted tiene una reclamación de beneficios que es denegada o ignorada, en su totalidad o en parte, podrá presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si está en desacuerdo con la decisión del Plan o la falta de la misma en cuanto al estado calificado de una orden de asistencia médica para menores, usted podrá presentar una demanda en un tribunal federal. Si sucediera que los fiduciarios del plan utilizaran el dinero del plan de forma indebida, o si se le discrimina por hacer valer sus derechos, podrá solicitar la asistencia del 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 podrá ordenar que la persona que usted ha demandado pague estas costas y los honorarios. Si pierde, el tribunal podrá ordenar que usted pague estas costas y los honorarios, por ejemplo, si determina que su reclamación es poco seria.

Cualquier acción legal presentada en virtud de ERISA § 502 (a) contra el Fideicomiso o el Plan por parte de un empleado, participante o beneficiario solo puede llevarse ante el Tribunal de Distrito Federal en el condado de Los Ángeles, California.

Asistencia con sus Preguntas

Si usted tiene alguna pregunta sobre su plan, comuníquese con la Oficina administrativa. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del Administrador del Plan, comuníquese con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) (anteriormente, la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar), Departamento de Trabajo de los EE. UU., que figura en su directorio telefónico. Como alternativa, podrá obtener asistencia llamando al número gratuito de la EBSA (866) 444-EBSA (3272) o escribiendo a la siguiente dirección:

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 podrá obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la EBSA. Para recibir un ejemplar de las publicaciones, póngase en contacto con la línea de solicitud de folletos de la EBSA al (800) 998-7542 o con la oficina local de la EBSA más cercana a su domicilio.

También podrá encontrar respuestas a sus preguntas sobre el Plan y una lista de las oficinas locales de la EBSA en su sitio web <http://www.dol.gov/ebsa>.

Información Sobre las Disposiciones Generales del Plan

Determinación de Documentos

Si usted es elegible bajo del Plan, sus derechos estarán determinados por:

- La Descripción del Resumen del Plan/Documento del Plan titulado “Plan de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar para Carpinteros Activos reformulado el 1 de enero del 2019”

y las modificaciones y reformulaciones del mismo en relación con todos los requisitos de elegibilidad y los beneficios proporcionados por el Plan Médico PPO de Anthem de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, de incapacidad a largo plazo y de vida y AD&D proporcionados por el Fideicomiso.

- Los Acuerdos de Servicio de Kaiser relacionados con el plan médico HMO para beneficios hospitalarios, médicos y de medicamentos recetados proporcionados por Kaiser.
- Los Acuerdos de UnitedHealthcare relacionados con las opciones de planes dentales proporcionados por UnitedHealthcare.
- Los Acuerdos de UnitedHealthcare relacionados con los beneficios de planes de la visión proporcionados por UnitedHealthcare.
- Las pólizas/certificados de MetLife relativos a los beneficios de seguro de vida y fallecimiento accidental y desmembramiento.

La información contenida en este manual tiene la intención de describir las reglas de elegibilidad y los beneficios de atención médica.

Autoridad

El Consejo tiene completa y total autoridad y criterio en cuanto al diseño, adopción, enmienda, modificación, terminación, operación y administración del Plan, el Fideicomiso y los Fideicomisos del Fideicomiso. Cualquier interpretación del contrato de Fideicomiso, la Descripción del Resumen del Plan/Documento del Plan o cualquier otro documento aplicable al Plan y al Fideicomiso, y la controversia en cuanto a la condición de elegibilidad de una persona, o a la elegibilidad para algún tipo, cantidad o duración de beneficios o cualquier derecho o reclamación de pagos en virtud del Plan o del Fideicomiso serán decididos y resueltos por el Consejo o su Delegado debidamente autorizado a su total criterio. Toda decisión será vinculante para todas las partes; sujeta únicamente a revisión judicial según sea requerido por la ley aplicable.

Consulte el Capítulo 15 para obtener información sobre qué hacer si no está de acuerdo con la decisión tomada con respecto a una reclamación que haya presentado.

En la medida en que los beneficios en virtud del Plan sean proporcionados por una compañía de seguros, plan médico HMO o una organización similar, toda controversia en cuanto a la elegibilidad, tipo, cantidad o duración de los beneficios será resuelta por la compañía de seguros o la organización de servicios apropiada y los participantes no tendrán ningún derecho o reclamación con respecto a tales beneficios contra el Plan o el Fideicomiso o cualquiera de los Fiduciarios.

Responsabilidad Limitada de Pago

El Plan Médico PPO de Anthem, incluida la cobertura de medicamentos recetados, y los beneficios de incapacidad a largo plazo que se describen en este manual no están asegurados por ningún contrato de seguro y ni el Consejo Directivo ni ninguna persona física o entidad tienen responsabilidad respecto a proporcionar pagos más allá de los activos del Fideicomiso.

No Existe Responsabilidad del Fideicomiso en Caso de Pérdida o Herida Relacionadas con el Proveedor

En ningún caso, el Fideicomiso será responsable por la negligencia, actos ilícitos u omisiones de algún médico, dentista, hospital, laboratorio u otra persona u organización que presten servicios o suministren materiales en relación con los beneficios en virtud del Plan.

No existe responsabilidad en virtud de acuerdos de reciprocidad por obligaciones de otros Fideicomisos participantes

Si usted establece la elegibilidad en virtud de los términos del Acuerdo Recíproco de Salud y Bienestar patrocinado por la Hermandad Unida de Carpinteros y Ebanistas de los EE. UU. o algún acuerdo de reciprocidad celebrado por el Fideicomiso, se entiende y acuerda expresamente que, ninguno de los Fideicomisos participantes del Fideicomiso asume ninguna de las responsabilidades u obligaciones de los otros Fideicomisos participantes. Cada Fideicomiso participante será responsable única y exclusivamente de los beneficios de salud y bienestar correspondientes en virtud de su propio plan y ningún Fideicomiso será responsable de los actos u omisiones de otro Fideicomiso.

No Hay Reemplazo Para Indemnización de Accidente Laboral

Los beneficios proporcionados por el Fideicomiso no reemplazan ni afectan ningún requisito para la cobertura en virtud de las leyes sobre seguro de Indemnización por Accidente Laboral u otra legislación similar. Para los participantes que trabajan por cuenta propia, los beneficios no reemplazan el trabajo a cambio de remuneración o ganancia.

No es un Contrato de Empleo

Su participación en el Plan no garantiza su continuidad laboral con algún Empleador Contribuyente. El Plan no es un contrato de trabajo.

Ningún elemento del Plan le otorga el derecho al empleo ni afecta los derechos de un Empleador Contribuyente a terminar su relación laboral en cualquier momento.

Sin asignación

La cobertura y sus derechos a recibir cualquier beneficio en virtud de este Plan no pueden asignarse antes o después de recibir servicios de atención médica sin la autorización expresa por escrito del Patrocinador del Plan. Los beneficios pagaderos no estarán sujetos de ninguna manera a adelanto, enajenación, venta, transferencia, cesión, compromiso, gravamen o cargo de ninguna persona o entidad sin la autorización expresa por escrito del patrocinador del plan; sin embargo, un participante del plan puede ordenar que los beneficios debidos al participante se paguen a un proveedor de atención médica en función de los servicios hospitalarios, médicos, de medicamentos recetados, dentales y/o de la visión prestados, o a ser prestados.

Una indicación de pagar a un proveedor de atención médica no es una cesión de ningún derecho en virtud de este Plan o de ERISA, no es autoridad para actuar en nombre de un participante en la búsqueda y apelación de una determinación de beneficios en virtud del Plan, no es una cesión de derechos que respete el deber fiduciario de nadie, y no es una cesión de ningún derecho legal o equitativo para iniciar un procedimiento judicial. Cualquier intento de asignación es nulo (no válido) y el Plan no lo reconoce, si se realiza sin la autorización expresa por escrito del Plan (consentimiento).

Los Encabezados, la Fuente y el Estilo No Modifican las Disposiciones del Plan

Los títulos de los capítulos y subcapítulos y el texto que aparecen en **negrita** o LETRAS MAYÚSCULAS y la fuente y el tamaño de las secciones, párrafos y subpárrafos se incluyen con el único propósito de identificar generalmente el tema del texto sustantivo para la conveniencia del lector. Los títulos no son parte del texto sustantivo de ninguna disposición, y no deben interpretarse para modificar el texto de ninguna disposición sustantiva de ninguna manera.

Información del Plan

Información del Plan		
Nombre del Plan	Plan de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar para Carpinteros Activos	
Tipo de Plan	Plan de beneficios de bienestar de los empleados (plan de salud grupal) con el objetivo de proporcionar un seguro de vida, por fallecimiento accidental y desmembramiento, beneficios por incapacidad y beneficios de atención médica en caso de enfermedad o lesión para personas elegibles.	
Número del Plan	501.	
Medio de Financiación	Los beneficios del Plan se proporcionan en virtud de acuerdos de servicios o contratos de seguros o directamente de los activos del Fideicomiso, los cuales se acumulan en virtud de las disposiciones de los Acuerdos de Negociación Colectiva y el Contrato de Fideicomiso y se mantienen con el propósito de proporcionar beneficios a los participantes cubiertos y pagar los gastos razonables de operación.	
	Beneficios Asegurados	Beneficios Autofinanciados
	Plan Médico HMO con deducibles de Kaiser	Plan Médico PPO de Anthem y beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios
	Opciones de Planes Dentales	Beneficios por incapacidad a largo plazo
	Plan de Visión	
	Seguro de Vida	
	Seguro de Fallecimiento Accidental y Desmembramiento	
Fuente de las Contribuciones	<p>Los beneficios para personas elegibles que se describen en este folleto se proporcionan a través de las contribuciones del empleador a este Plan y el respectivo ingreso neto, si lo hubiera. La cantidad de las contribuciones del empleador a este Plan está determinada por las disposiciones de los Acuerdos de Negociación Colectiva, los acuerdos de participación u otros acuerdos con los representantes de los empleadores.</p> <p>Además, se aceptan los pagos particulares de la cobertura, como se explica en el capítulo de elegibilidad.</p> <p>Los Acuerdos de Negociación Colectiva requieren contribuciones a este Plan a una tarifa fija por hora trabajada. Tras la correspondiente solicitud, la Oficina administrativa le proporcionará información acerca de si un empleador en particular está contribuyendo a este Plan en nombre de los participantes que trabajan en virtud de acuerdos de negociación colectiva.</p> <p>Los beneficios para los participantes de COBRA son pagados por los participantes de COBRA.</p>	
Año del Plan	La fecha del final del año del Plan es el 31 de diciembre. Los registros fiscales del Plan se llevan por separado para cada ejercicio fiscal del plan. El ejercicio fiscal del plan comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.	

Información del Plan	
Patrocinador del Plan	<p>El Consejo Directivo del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar.</p> <p>Previa solicitud por escrito, la Oficina administrativa le proporcionará información sobre si un empleador o Unión en particular es un patrocinador del Plan y la dirección del empleador o Unión.</p>
Número de Identificación del Empleador (EIN, por sus siglas en inglés)	<p>El número asignado al Plan por el Servicio de Impuestos Internos es 95-6042873.</p>
Administrador del Plan	<p>The Board of Trustees of Southwest Carpenters Health and Welfare Trust 533 South Fremont Avenue Los Angeles, CA 90071-1706 Teléfono: (213) 386-8590 o (800) 293-1370</p> <p>El Consejo Directivo es el Administrador del Plan. Esto significa que el Consejo Directivo es responsable de garantizar que la información sobre el Plan se suministre a las agencias gubernamentales y se dé a conocer a los participantes y beneficiarios del Plan, de conformidad con los requisitos de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para los Empleados del 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés).</p> <p>A continuación, se proporciona más información sobre la administración del Plan y los nombres y direcciones de los Fiduciarios a la fecha.</p>
Agente Designado para Recibir Notificaciones Legales	<p>DeCarlo & Shanley, P.C. 533 South Fremont Avenue, 9th Floor Los Angeles, CA 90071-1706 o Administrador Ejecutivo del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar para Carpinteros Activos A la atención de: Carpenters Southwest Administrative Corporation 533 South Fremont Avenue Los Angeles, CA 90071-1706 Las notificaciones legales también podrán entregarse a un Fiduciario del Plan.</p>

Administración del Plan

El Plan está regido y administrado por el Consejo Directivo, que se compone de representantes de empleadores y Unión seleccionados por los empleadores y la Unión de conformidad con los acuerdos de negociación colectiva y el Acuerdo del Fideicomiso al que se refiere este Plan. Si desea ponerse en contacto con el Consejo Directivo, puede hacerlo a la dirección y número de teléfono que aparece donde dice “Administrador del Plan” en la tabla anterior.

Las funciones de mantenimiento de registros del Plan se llevan a cabo a través de:

Carpenters Southwest Administrative Corporation (CSAC)
533 South Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706
Teléfono (213) 386-8590 o (800) 293-1370

Identidad y Dirección del Consejo Directivo

Los Fideicomisarios del Plan, a partir de la fecha efectiva de este documento, son los siguientes:

Fiduciario de Gestión	Fiduciario Laboral
Curtis Conyers, Jr. (AGC) Carpenters Southwest Administrative Corporation 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071	Pete Rodriguez Southwest Regional Council of Carpenters 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071
Kim Fromer (RCA) Carpenters Southwest Administrative Corporation 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071	Daniel Langford Southwest Regional Council of Carpenters 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071
Richard Harris (RCA) Carpenters Southwest Administrative Corporation 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071	Harry Beggs Southwest Regional Council of Carpenters 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071
Mark Thurman (AGC) Carpenters Southwest Administrative Corporation 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071	Frank Hawk Southwest Regional Council of Carpenters 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071
Bert Lewitt (UGC) Carpenters Southwest Administrative Corporation 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071	Josh Raper Southwest Regional Council of Carpenters 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071
Calvin Yoshida (UGC) Carpenters Southwest Administrative Corporation 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071	Mercy Urrea Southwest Regional Council of Carpenters 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071
Travis Winsor, (WWCA) Carpenters Southwest Administrative Corporation 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071	Sean Hartranft Southwest Regional Council of Carpenters 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071
Steve Jones (NCA) Carpenters Southwest Administrative Corporation 533 South Fremont Avenue, 10 th Floor Los Angeles, CA 90071	

Identidad de los Proveedores de Beneficios

Los beneficios son proporcionados directamente por el Fideicomiso (autofinanciado) para el Plan Médico PPO de Anthem, incluidos los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y los beneficios por incapacidad descritos en este manual. El Índice en la primera página de esta Descripción del Resumen del Plan/Documento del Plan proporciona referencia a las reglas de elegibilidad, procesos de reclamaciones y apelaciones, glosario de términos, etc.

Los beneficios médicos y de medicamentos recetados de HMO están totalmente asegurados y se proporcionan a través de Kaiser y Anthem Blue Cross Blue Shield.

Los beneficios dentales están totalmente asegurados y se proporcionan a través de UnitedHealthcare. Los beneficios de la visión están totalmente asegurados y se proporcionan a través de UnitedHealthcare.

Los beneficios de seguro de vida y fallecimiento accidental y desmembramiento están totalmente asegurados y se proporcionan a través de MetLife.

Consulte la **Tabla de referencia** al comienzo de este documento para obtener la información de contacto de las compañías de seguros que se enumeran aquí. Los términos completos de los beneficios asegurados se describen en el acuerdo aplicable con la aseguradora. (Ver también “Determinación de documentos” en “Información Sobre las Disposiciones Generales del Plan” anteriormente en este Capítulo). Los términos completos de los beneficios autofinanciados se establecen en este documento.

Acuerdos de Negociación Colectiva

Las contribuciones a este Plan se hacen en nombre de cada Carpintero Activo, de conformidad con los Acuerdos de Negociación Colectiva entre el Consejo Regional del Sudoeste y los locales de la Union afiliados a la Hermandad Unida de Carpinteros y Ebanistas de los EE. UU. y los empleadores de la industria.

La Oficina administrativa le proporcionará, previa solicitud por escrito, una copia del Acuerdo de Negociación Colectiva aplicable a usted. Los Acuerdos de Negociación Colectiva también están disponibles para su consulta en la oficina del Administrador del Plan.

Fideicomiso

Los activos y las reservas del Fideicomiso son mantenidos en Fideicomiso por el Consejo Directivo del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar.

Modificación o Terminación del Plan

Aunque el Plan brinda beneficios de salud y bienestar a los Carpinteros activos y sus familias sin interrupción desde el 1955, el Fideicomiso se mantiene en buenas condiciones financieras y el Consejo tiene la intención de continuar proporcionando los beneficios de forma indefinida, el Plan y el Fideicomiso dependen de las contribuciones que se hacen de acuerdo con los Acuerdos de Negociación Colectiva con el fin de continuar proporcionando beneficios.

De acuerdo con el Artículo VI del Acuerdo del Fideicomiso, el Consejo Directivo se reserva expresamente el derecho, a su exclusivo criterio, en cualquier momento y de vez en cuando,

- a terminar el Plan, o modificar en cualquier aspecto cualquiera de las disposiciones del Plan;
- a alterar o posponer el método de pago de cualquier beneficio; y
- a modificar o dejar sin efecto las demás disposiciones del Plan o una decisión sobre una reclamación o cualquier apelación de una denegación de una reclamación en virtud del Plan.

En el improbable caso de que el Plan se termine, todos y cada uno de los Fideicomisos y activos remanentes en el Fideicomiso, después del pago de los gastos, se utilizarán para el beneficio exclusivo de los participantes, según lo determine el Consejo Directivo, a su único y absoluto criterio, de conformidad con el Acuerdo del Fideicomiso.

Capítulo 15: PRESENTACIÓN Y APELACIONES DE RECLAMACIONES

Este capítulo incluye información sobre:

- **Cómo presentar una reclamación para los beneficios del Plan Médico PPO de Anthem**
- **Procedimientos de revisión de reclamaciones**
- **Determinación inicial de reclamaciones**
- **Cómo presentar una apelación de reclamaciones**
- **Proceso de revisión externa**
- **Normas legales importantes**

Cómo presentar una reclamación de beneficios bajo el Plan Médico PPO de Anthem

AVISO: El análisis siguiente se aplica a las “reclamaciones posteriores al servicio” que usted presente después de haber recibido un servicio.

Una reclamación de beneficios posteriores al servicio es un pedido de beneficios del Plan (que no es una reclamación previa al servicio) realizada por usted o su representante autorizado, de acuerdo con los procedimientos de reclamaciones del Plan, descritos en este Capítulo. Consulte también la sección “Definiciones clave” de este capítulo para obtener una definición de “reclamación” y la información sobre qué es y qué no se considera una reclamación.

Los beneficios del plan para las reclamaciones posteriores al servicio se consideran para el pago al recibir un comprobante de reclamación por **escrito** (o electrónico cuando corresponda), comúnmente llamado factura. Una reclamación o factura completa generalmente contiene la prueba de reclamación necesaria, pero, a veces, se puede requerir información o registros adicionales. En general, un Administrador de reclamaciones no aceptará un resumen de saldo adeudado, recibos de caja, fotocopias, cheques cancelados o recibos de tarjetas de crédito como prueba de reclamación.

Afortunadamente, los proveedores de atención médica de la red envían su factura directamente al plan. Esto significa que, cuando se utilizan proveedores de la red, generalmente no hay formularios, reclamaciones ni documentación que completar. Luego, para reclamaciones elegibles, los beneficios del Plan para un proveedor de la red, un Hospital o un Centro de atención médica se pagarán directamente al proveedor o centro de la red. Los beneficios del Plan para cirugía en general se pagarán directamente al cirujano y anestesiólogo de la red que proporcionan los servicios.

Para las reclamaciones elegibles, el Plan paga su parte de los servicios facturados y usted, la persona cubierta, es responsable de pagar su parte de la reclamación al proveedor. Cuando se aplican deducibles, coseguros o copagos, usted es responsable de pagar su parte de estos cargos.

Formularios de Reclamación

Ocasionalmente, un proveedor de atención médica (generalmente un proveedor que no pertenece a la red) le enviará una reclamación directamente. En este caso, usted debe comunicarse con el Administrador de reclamaciones correspondiente (definido en este capítulo) para averiguar si requiere que complete un formulario de reclamación. Si necesita un formulario de reclamaciones, puede obtenerlo de la página web del Fideicomiso en www.carpenterssw.org o llamar al Administrador de reclamaciones correspondiente a la línea gratuita al (833) 224-6930.

Cuando Se Exige un Formulario de Reclamaciones para Proveedores Fuera de la PPO

Debe presentar un nuevo formulario de reclamación para cada nueva enfermedad o herida y debe presentar un formulario de reclamación por separado para cada persona. Asegúrese de incluir el número de Seguro Social del afiliado en toda correspondencia.

NO hace falta que presente un formulario de reclamación adicional si sus facturas son por una incapacidad en curso y ha presentado una reclamación **firmada** dentro del periodo del año calendario anterior. Envíe por correo las facturas o resúmenes adicionales por cualquiera de los servicios médicos u hospitalarios cubiertos al Administrador de reclamaciones apenas los reciba.

Reclamaciones por Servicios Hospitalarios

Si ingresa en un hospital, todo lo que debe hacer es mostrar su tarjeta de identificación médica del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar con el logotipo de Anthem PPO, proporcionar el número de Seguro Social del afiliado a la oficina de admisiones y pedir que la reclamación se envíe a la siguiente dirección del Administrador de reclamaciones del Plan Médico:

Anthem Blue Cross Prudent Buyer Plan, P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007

Reclamaciones por Servicios de Proveedores de PPO que No Sean Hospitalares

Si utiliza un proveedor de PPO, muestre su tarjeta de identificación médica del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar con el logotipo de la PPO y proporcione al proveedor su número de Seguro Social. El proveedor de PPO presentará una reclamación directamente al Administrador de reclamaciones. Consulte también “Envíos Electrónicos” a continuación.

Reclamaciones por Servicios de Proveedores Fuera de PPO que No Sean Hospitalares

Si utiliza un proveedor fuera de la PPO, es posible que tenga que presentar una reclamación mediante un formulario de reclamación. Verifique el formulario de reclamación para estar seguro de que estén completas todas las partes aplicables en el mismo y de que presenta todas las facturas detalladas. Al hacerlo, se acelerará el procesamiento de su reclamación. Si se le devuelven formularios de reclamación por falta de información, se producirán retrasos en el pago.

AVISO: Las facturas presentadas por los dispositivos necesarios para tratar su enfermedad o herida deben incluir la fecha de compra, el nombre de la persona para la que se receta el dispositivo y el nombre del médico que hace la receta. Se debe presentar un formulario de reclamación por separado para cada paciente.

Envíe por correo su formulario de reclamación completo al Administrador de reclamaciones del plan médico a la siguiente dirección: Anthem Blue Cross, P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007

Presentación Electrónica de Reclamaciones

Si su proveedor de atención médica presenta una reclamación por vía electrónica, debe incluir la siguiente información:

- El nombre del afiliado (Carpintero) y el número de Seguro Social.
- El nombre del paciente, la fecha de nacimiento y su relación con usted.
- Las fechas de servicio.
- Los códigos de Terminología de Procedimientos (CPT por sus siglas en inglés): los códigos para los servicios médicos y otros servicios de atención médica que se encuentran en la edición más reciente de la Terminología Actualizada de Procedimientos, según los mantiene y distribuye la Asociación Médica de los Estados Unidos.

- Los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD por sus siglas en inglés): los códigos de diagnóstico que se encuentran en la más reciente Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica, que mantiene y distribuye el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
- Los cargos facturados.
- La cantidad de unidades (para anestesia y otras reclamaciones determinadas).
- El número de identificación federal de contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) del proveedor.
- El nombre de facturación y la dirección del proveedor.
- Si el tratamiento se debe a un accidente, los detalles del accidente.
- Información sobre otra cobertura de seguro, si corresponde.

Fecha Límite para la Presentación de Reclamaciones del Plan Médico al Plan

Debe presentar su reclamación de atención médica en **un plazo de 90 días** a partir de la fecha en que se incurrió en los gastos cubiertos por primera vez. La falta de presentación de su reclamación dentro de los 90 días no invalidará ni reducirá su reclamación, en caso de que no haya sido razonablemente posible presentarla en ese plazo. Sin embargo, en ese caso, la reclamación se debe presentar lo antes posible **pero no después de 15 meses a partir de la fecha en que se incurrió en los gastos**. Si la reclamación se presenta después de **15 meses** de la fecha en que se incurrió en los gastos, será denegada.

Para la presentación de reclamaciones por servicios dentales, consulte el Capítulo 7. Para la presentación de reclamaciones por servicios de la visión, consulte el Capítulo 8. Para la presentación de reclamaciones por LTD, consulte el Capítulo 10.

Puede haber ocasiones durante la presentación o apelación de una reclamación en las que se le solicite que envíe información adicional. Se le informará de cuánto tiempo dispone para enviar esta información adicional.

El Plan no está legalmente obligado a considerar la información presentada después del plazo establecido.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre la presentación de su reclamación, póngase en contacto con el Administrador de reclamaciones correspondiente. Consulte “Procedimientos de Revisión de Reclamaciones” más adelante en este capítulo para obtener información sobre qué hacer si no está de acuerdo con la decisión tomada en relación con su reclamación.

Procedimientos de revisión de reclamaciones

AVISO: La información proporcionada aquí es aplicable solo a los beneficios y las determinaciones de elegibilidad bajo el Plan Médico PPO de Anthem (incluidos los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios) y los beneficios por incapacidad a largo plazo.

Si está cubierto por algún Plan Médico HMO asegurado, o un plan de visión o dental asegurado, no es necesario presentar una reclamación cuando los proveedores participantes respectivos prestan servicios. Esas organizaciones tienen sus propios procedimientos de revisión y apelación, que se describen en los manuales de Formulario de Divulgación o de Constancia de Cobertura, tales copias

se pueden obtener en la página web de Carpenters Southwest Administrative Corporation en www.carpenterssw.org.

El Plan toma medidas para garantizar que sus disposiciones se apliquen de manera consistente con respecto a usted y a otros participantes del Plan en una situación similar. Los procedimientos de reclamaciones descritos en este capítulo están diseñados para permitirle una revisión completa, justa y rápida de la reclamación al que se aplican.

El Plan tomará medidas para que las reclamaciones y apelaciones se juzguen de una manera diseñada para garantizar la independencia e imparcialidad de las personas involucradas en la toma de decisiones. En consecuencia, las decisiones sobre contratación, compensación, terminación, promoción u otros asuntos similares con respecto a cualquier persona (como un juez de reclamaciones o un experto médico) no se tomarán en función de la probabilidad de que la persona respalde la denegación de beneficios. Los expertos en revisión de reclamaciones de atención médica serán seleccionados en función de sus calificaciones profesionales.

Información Adicional Necesaria

Puede haber ocasiones durante la presentación o apelación de una reclamación en las que se le solicite que envíe información adicional. Se le informará (por escrito) de cuánto tiempo dispone para enviar esta información adicional. El Plan no tiene la obligación legal de considerar la información presentada después de estos plazos establecidos.

Definiciones Clave Relacionadas Con los Procedimientos de Reclamaciones

Usted debe consultar estas definiciones a continuación cuando revise la información de presentación de reclamaciones y apelaciones en particular en este capítulo.

Determinación Adversa de Beneficios: Para los procesos de reclamaciones iniciales y de apelación, una Determinación adversa de beneficios para una reclamación de atención médica se define como:

- Una **denegación, reducción o terminación**, o la falta de provisión o pago total o parcial de un beneficio, incluida la determinación de la elegibilidad de una persona para participar en este Plan o la determinación de que un beneficio no es un beneficio cubierto; y
- Una reducción en un beneficio como consecuencia de la aplicación de cualquier decisión de revisión de utilización, exclusión del origen de la herida, exclusión de la red u otra limitación en un beneficio cubierto de otra manera o la falta de cobertura de un artículo o servicio para el cual se proporcionan beneficios porque se determina ser experimental o de investigación, o no médicamente necesario o apropiado; o
- Una Rescisión de la cobertura, incluida la cobertura por incapacidad, exista o no un efecto adverso en algún beneficio particular en ese momento.

Administrador de reclamaciones correspondiente: Diversas organizaciones bajo contrato con el Fideicomiso que prestan servicios de resolución de reclamaciones con el fin de administrar reclamaciones y/o apelaciones de reclamaciones. “Resolución de reclamaciones” se refiere a la determinación del pago o la responsabilidad financiera del Plan, después de que los beneficios del participante del Plan se aplican a una reclamación.

Las reclamaciones son resueltas por varios administradores de reclamaciones diferentes según el tipo de beneficio que se busca. Las organizaciones que administran cada tipo de reclamación (el Administrador de reclamaciones correspondiente) se detallan en el siguiente cuadro. (Para obtener información de contacto de cada administrador de reclamaciones, consulte la Tabla de referencia al comienzo de este documento).

Tipo de reclamación procesada	Administrador de reclamaciones correspondiente	Apelación urgente	Apelación concurrente	Apelación previa al servicio	Apelación posterior al servicio	Nivel de apelación
Reclamaciones posteriores al servicio	Administrador de Reclamaciones al Plan Médico PPO de Anthem	N/C	N/C	N/C	X	Nivel uno para el Administrador de reclamaciones del Plan Médico PPO de Anthem. Nivel dos para el Comité de Beneficios del Consejo Directivo.
Reclamaciones urgentes, concurrentes y previas al servicio	Departamento de Autorización Previa del Plan Médico PPO de Anthem	X	X	X	N/C	El proceso de apelación de reclamaciones de Nivel Uno es administrado por el Departamento de Autorización Previa del Plan Médico PPO de Anthem.
Reclamaciones previas y posteriores al servicio, concurrentes y urgentes sobre medicamentos para pacientes ambulatorios	Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios del Plan Médico PPO de Anthem	X	X	X	X	Nivel uno para el Administrador de reclamaciones de medicamentos recetados (PBM) para pacientes ambulatorios.
Reclamaciones previas al servicio, urgentes, concurrentes y posteriores al servicio dental	Administrador de reclamaciones al Plan Dental	X	X	X	X	El proceso de apelación de reclamaciones de Nivel Uno es administrado por el Administrador de reclamaciones del plan dental.
Reclamaciones por Incapacidad LTD	Oficina administrativa	N/C	N/C	N/C	N/C	Nivel uno para el Comité de Beneficios del Consejo Directivo.

Tipo de reclamación procesada	Administrador de reclamaciones correspondiente	Apelación urgente	Apelación concurrente	Apelación previa al servicio	Apelación posterior al servicio	Nivel de apelación
Elegibilidad	Oficina administrativa	N/C	N/C	N/C	X	Apelación de Nivel uno para la elegibilidad a la Oficina administrativa. Nivel dos para el Comité de Beneficios del Consejo Directivo.
Reclamaciones de seguro de vida y AD&D	Oficina administrativa y la Compañía de Seguros de Vida	N/C	N/C	N/C	X	El proceso de apelación de reclamaciones es administrado por la Compañía de seguros de vida y de seguros AD&D.
Reclamaciones dentales posteriores al servicio	Compañía de seguros del plan dental	N/C	N/C	N/C	X	El proceso de apelación de reclamaciones de Nivel Uno es administrado por la Compañía de seguros del plan dental.
Reclamaciones de visión posteriores al servicio	Compañía de seguros de la Plan de Visión	N/C	N/C	N/C	X	El proceso de apelación de reclamaciones de Nivel Uno es administrado por la Compañía de seguros del Plan visión.

Representante Autorizado:

Un Representante autorizado, como por ejemplo su cónyuge, podrá completar por usted una presentación de reclamación si usted no puede completarla por sus propios medios y ha designado previamente a esta persona para que actúe en su nombre. En la Oficina administrativa podrá obtener un **formulario** para designar a un representante autorizado. El Plan podrá solicitar información adicional para comprobar que esta persona esté autorizada a actuar como su representante. **Incluso si ha designado a un representante autorizado para que actúe en su nombre, usted debe firmar un formulario de reclamación en persona y presentarlo ante el Administrador de Reclamaciones del Plan Médico PPO de Anthem, al menos una vez al año.**

Este Plan reconoce como Representante autorizado a cualquier persona de al menos 18 años que usted haya designado por escrito como la persona que puede actuar en su nombre para presentar una reclamación y apelar una Determinación Adversa de Beneficios bajo este Plan (debido a su fallecimiento, incapacidad u otro motivo aceptable para el Plan).

Un Representante autorizado bajo este Plan puede incluir a un profesional de atención médica **de la red**.

Según este Plan, **los proveedores que no pertenecen a la red no pueden ser designados automáticamente como Representantes autorizados**. En cambio, el participante del Plan debe hacer una designación por escrito si desea que un proveedor fuera de la red sea su Representante autorizado para una apelación de reclamación; sin embargo, esta designación no se extiende para permitir que el proveedor que no pertenece a la red entable una acción legal en nombre del participante o la apelación de su reclamación. La solicitud por escrito del Representante autorizado debe incluir el nombre del participante del Plan, la información de contacto y la firma, junto con el nombre, la dirección y el número de teléfono del Representante autorizado. La solicitud del representante autorizado debe enviarse al Administrador de reclamaciones correspondiente.

Cuando una persona no puede proporcionar una declaración por escrito, el Plan requerirá una prueba por escrito de que el Representante autorizado propuesto tiene el poder legal para fines de atención médica (por ejemplo, un poder notarial para atención médica, una orden judicial de tutela/curatela o es el cónyuge, padre, abuelo o hijo legal de la persona y es mayor de 18 años).

Una vez que el Plan reciba un formulario de Representante autorizado, toda la correspondencia relacionada con futuras reclamaciones y apelaciones se enviará al Representante autorizado y no a la persona. El Plan reconocerá al Representante autorizado designado hasta que se revoque la designación, o según lo ordene una orden judicial. Un participante puede revocar un estatus de Representante autorizado designado mediante la presentación de un formulario completo de cambio de Representante autorizado, el que puede solicitar al Administrador de reclamaciones correspondiente. Los formularios deben devolverse al Administrador de reclamaciones correspondiente.

En el caso de una **reclamación de atención urgente**, si un profesional de atención médica con conocimiento de su condición médica determina que una reclamación involucra atención de urgencia (en el sentido de la definición de atención de urgencia), este Plan tomará en cuenta a la profesional de atención médica para que sea su Representante autorizado obviando el paso de completar el formulario de Representante autorizado por escrito del Plan.

El Plan se reserva el derecho de retener información de una persona que dice ser su Representante Autorizado si existe sospecha sobre las calificaciones de esa persona o las circunstancias del Representante Autorizado, o su proceso parece ser defectuoso, fraudulento o inválido.

Reclamación: A los fines de los beneficios cubiertos por estos procedimientos, una reclamación es una solicitud de un beneficio del Plan hecha por una persona (comúnmente denominada el “reclamante” pero en adelante denominado “usted”) o el Representante autorizado de esa persona (como se define más adelante en este capítulo) de acuerdo con los procedimientos de reclamaciones del Plan, descritos en este capítulo.

Hay **cinco (5) tipos de reclamaciones aplicables a los beneficios descritos en este manual**. Cuatro tipos de reclamaciones tienen que ver con los beneficios de atención médica bajo el Plan Médico PPO de Anthem, incluidas las reclamaciones previas al servicio, las urgentes, las concurrentes y las posteriores al servicio (estos términos definidos en esta sección) y un tipo de reclamación tiene que ver con las reclamaciones por incapacidad (como se define ese término en esta sección).

Una reclamación debe incluir las siguientes características para activar los procedimientos de procesamiento de reclamaciones del Plan:

- a. estar **por escrito** o ser enviada **electrónicamente** (la comunicación oral es aceptable solo para reclamaciones de atención urgente),
- b. ser **recibida por el Administrador de reclamaciones correspondiente** como se define ese término en este capítulo;
- c. **nombrar a una persona específica incluyendo su número de seguro social, número HICN de Medicare o identificador de beneficiario de Medicare (MBI),**
- d. **nombrar una condición o síntoma médico específico,**
- e. **nombrar un tratamiento, servicio o producto específico** para el que se solicita aprobación o pago,
- f. **estar hecha de acuerdo con los procedimientos de presentación de reclamaciones del Plan descritos en este capítulo, e**
- g. **incluir toda la información requerida por el Plan y su Administrador de reclamaciones correspondiente, como la existencia de cobertura médica adicional que ayudaría al Plan a coordinar los beneficios.**

Una reclamación NO es:

- a. una solicitud hecha por **alguien que no sea** la persona o su Representante autorizado;
- b. una solicitud hecha por una **persona que no se identifique** (anónima);
- c. una **consulta informal sobre beneficios**, como la verificación de si un servicio/artículo es un beneficio cubierto o el costo permitido estimado para un servicio;
- d. una solicitud de **aprobación previa de los beneficios del Plan cuando** el Plan **no requiere aprobación previa;**
- e. una **consulta de elegibilidad que no solicita los beneficios del Plan.** Sin embargo, si se rechaza una reclamación de beneficios por falta de elegibilidad, se trata como una Determinación adversa de beneficios y la persona será notificada de la decisión y se le permitirá presentar una apelación;
- f. una **solicitud de servicios y reclamaciones por una herida/enfermedad relacionada con el trabajo**, a menos que el programa de Compensación para Trabajadores haya proporcionado una confirmación por escrito de que la lesión/enfermedad no es compensable como una reclamación relacionada con el trabajo.
- g. una **presentación de una receta** con una determinación adversa de beneficios posterior en el punto de venta en una farmacia minorista o de un servicio de pedido por correo.

Reclamación de Atención Concurrente: Una reclamación de atención concurrente se refiere a una decisión del Plan de reducir o finalizar un curso de tratamiento continuo previamente aprobado antes del final del tratamiento aprobado. Una reclamación de atención concurrente también se refiere a una solicitud suya para extender un curso de tratamiento preaprobado. Las personas tendrán la oportunidad de discutir a favor de la continuidad ininterrumpida de la atención antes de que el tratamiento se interrumpa.

Días: A los fines de los procedimientos de presentación y apelación de reclamaciones descritos en este capítulo, “días” se refiere a días calendario, no a días hábiles.

Reclamaciones por incapacidad: Una reclamación por incapacidad es una reclamación por beneficios de incapacidad a largo plazo (LTD) según el Plan al que el Plan condiciona la disponibilidad del beneficio a la prueba de la incapacidad del reclamante (consulte también el Capítulo 10). Una reclamación con respecto a la rescisión de la cobertura por incapacidad se tratará

como una reclamación por incapacidad a menos que esté relacionada con la falta de pago de tarifas/contribuciones para la cobertura por incapacidad.

Profesional de la salud: Hace referencia a un médico u otro profesional de atención médica autorizado, acreditado o certificado para prestar servicios de salud específicos de conformidad con la ley estatal.

Organización de revisión independiente o IRO: Se trata de una entidad privada acreditada que realiza una revisión externa independiente de las Determinaciones adversas de beneficios de acuerdo con las disposiciones de revisión externa del Plan y las reglamentaciones federales de revisión externa actuales. El Plan contrata y alterna casos entre tres IRO como mínimo.

Reclamación posterior al servicio: Una reclamación posterior al servicio es un procedimiento mediante el cual se reclama beneficios bajo el Plan y no es una reclamación previa al servicio. Las reclamaciones posteriores al servicio son aquellas que involucran solo el pago o el reembolso del costo de la atención que ya se ha brindado. Una reclamación en papel estándar y una factura electrónica presentada para pago después de que se hayan prestado los servicios, son ejemplos de reclamaciones posteriores al servicio. Una reclamación relacionada con la rescisión de la cobertura se tratará como una reclamación posterior al servicio.

Reclamación previa al servicio: Una reclamación previa al servicio es una solicitud de beneficios bajo este Plan de salud colectivo donde el Plan condiciona el pago, total o parcial, a la aprobación del beneficio antes de obtener atención médica. Los servicios que requieren autorización previa se enumeran en el Capítulo 4 de este documento. El Administrador del Plan puede determinar, a su exclusivo criterio, pagar beneficios por los servicios que necesitan autorización previa (que se obtuvieron sin aprobación previa) si el paciente no pudo obtener la aprobación previa porque existían circunstancias que imposibilitaron la obtención de la aprobación previa, o la aplicación del procedimiento previo al servicio (autorización previa) podría haber puesto en grave peligro la vida o la salud del paciente.

Rescisión: Significa una cancelación o interrupción de la cobertura, incluida la cobertura de beneficios por incapacidad que tiene un efecto retroactivo, excepto en la medida en que sea atribuible a la falta de pago oportuno de las contribuciones requeridas o los pagos por cuenta propia. El Plan puede rescindir su cobertura si realiza un acto, práctica u omisión que constituya un fraude o si realiza una tergiversación intencional de un hecho material que está prohibido por los términos de este Plan (consulte también el Capítulo 3).

Suspendido: Medios detenidos o suspendidos, particularmente cuando se refiere a períodos de tiempo durante el proceso de reclamaciones.

Reclamaciones de atención urgente: Una reclamación de atención urgente es una solicitud de atención o tratamiento médico en el que aplicar los períodos de tiempo para la precertificación/autorización previa, según lo determine su profesional de atención médica, tendría las siguientes consecuencias:

- podría poner en grave peligro la vida o la salud de la persona o su capacidad para recuperar la función máxima, o
- en opinión de un médico con conocimiento de la condición médica de la persona, la sometería a un dolor intenso que no puede manejarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento objeto de la reclamación, o es una reclamación que involucra atención urgente.

Los servicios que requieren autorización previa se enumeran en el Capítulo 4.

Revisión de Problemas Que No Son una Reclamación Como Se Define en Este Capítulo

Un participante del Plan puede solicitar la revisión de un problema (que no es una reclamación como se define en este capítulo) escribiendo al Consejo Directivo, de quien la información de contacto se figura en la Tabla de referencia de este documento. La solicitud será revisada y el participante será informado de la decisión dentro de los plazos aplicables a las reclamaciones posteriores al servicio.

Plan Médico PPO de Anthem

A continuación, se describen los diversos tipos de reclamaciones asociadas con los beneficios del Plan, los procedimientos para presentar reclamaciones y el procedimiento que debe seguir si su reclamación es denegada de forma total o parcial y desea apelar la decisión. Los plazos indicados en el análisis se resumen en las tablas al final de la descripción.

Cómo Presentar una Reclamación

Cómo presentar una reclamación: A menos que se indique lo contrario, y con el fin de recibir beneficios del Plan Médico PPO de Anthem, usted o su proveedor de servicios médicos deben presentar una reclamación por escrito ante el Administrador de reclamaciones. Las reclamaciones presentadas deberán ir acompañadas de toda la información o pruebas solicitadas y que se necesiten razonablemente para procesar las reclamaciones.

La información sobre cómo presentar una reclamación previa al servicio está incluida en la sección “Autorización Previa” en el Capítulo 4. La información sobre cómo presentar otros tipos de reclamaciones se incluye al final de cada uno de los capítulos que describen los beneficios individuales, anteriormente en este manual. La siguiente es una breve síntesis de la información presentada allí:

- **Reclamaciones previas al servicio por beneficios de atención médica (incluidas reclamaciones urgentes y concurrentes):** Usted o su proveedor pueden llamar por teléfono a Anthem para solicitar una autorización previa. Como alternativa, usted puede completar un formulario de Solicitud de Autorización Previa (que le puede solicitar al Administrador de reclamaciones) y enviarlo o entregarlo en mano al Administrador de reclamaciones en la siguiente dirección:

Anthem Blue Cross/Departamento de Autorización Previa
2000 Corporate Center Drive CANPA-000
Newbury Park, CA 91320

- **Reclamaciones posteriores al servicio de los beneficios del Plan Médico PPO de Anthem:** Las reclamaciones posteriores al servicio por beneficios de atención médica que no sean medicamentos recetados para pacientes ambulatorios deben enviarse a la siguiente dirección:

Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007

- **Reclamaciones posteriores al servicio de beneficios del Plan médico HMO:** No es necesario iniciar una reclamación si recibe servicios médicos en un centro de Kaiser Permanente de un proveedor del Plan Kaiser. Consulte la sección Reclamaciones y apelaciones posteriores al servicio de su Explicación de cobertura de Kaiser para obtener información sobre cómo presentar una reclamación de reembolso por beneficios de atención médica que no se prestaron en un centro de Kaiser o de un proveedor que no pertenece al Plan Kaiser.

- **Reclamaciones posteriores al servicio por beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios relacionados con medicamentos de especialidad, pedidos por correo y de venta minorista bajo el Plan médico PPO de Anthem:** Consulte la columna de Medicamentos del Programa de Beneficios Médicos para obtener información sobre cómo obtener medicamentos para pacientes ambulatorios de localizaciones de la red y el reembolso de medicamentos bajo la disposición de Reembolsos de Miembros Directos para el uso de una localización fuera de la red.
- **Reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo (LTD):** En caso de quedar incapacitado, notifique a la Oficina administrativa de este hecho de inmediato (la información de contacto se encuentra en la Tabla de referencia al comienzo de este documento). La Oficina administrativa le hará saber qué información se necesita para establecer la condición de incapacidad. Ver también el Capítulo 10.
- **Reclamaciones de seguro de vida o seguro por fallecimiento accidental y desmembramiento (AD&D):** Para iniciar una reclamación de seguro de vida, usted o su beneficiario deben enviar una copia certificada del certificado de defunción donde figure el número de Seguro Social del fallecido a la Oficina administrativa a:

Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar
P.O. Box 17969
Los Angeles, California 90017-0969

Para iniciar una reclamación del seguro por fallecimiento accidental y desmembramiento, usted o su beneficiario deben notificar a la Oficina administrativa sobre la pérdida cuanto antes. Luego, se le enviarán al reclamante los formularios necesarios. La Oficina administrativa trabaja con la Compañía de Seguros de Vida y seguros por AD&D.

- **Reclamaciones dentales:** No hay necesidad de iniciar una reclamación si recibe servicios dentales de un dentista aprobado de la red que mantiene su compañía de seguro dental. Recibirá un informe de explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) por correo, que proporciona información sobre el pago respecto de los servicios que recibió de su dentista.

Si utiliza un proveedor que no es de la red (fuera de la red) para servicios dentales cubiertos, usted paga el servicio y luego puede enviar su reclamación de reembolso siguiendo los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

Póngase en contacto con su plan dental directamente si tiene preguntas sobre una denegación de servicios o reclamaciones dentales. Consulte la información de contacto en la Tabla de referencia al comienzo de este documento. Si desea presentar una queja, puede obtener el formulario en el sitio web <https://www.myuhcdental.com/presence/release/membergrievanceform.asp>.

- **Reclamaciones de visión:** No hay necesidad de iniciar una reclamación si recibe servicios de visión de un optometrista de la red autorizado que mantiene su plan de visión. Recibirá un informe de explicación de beneficios (EOB) por correo, que proporciona información sobre el pago respecto de los servicios de visión que recibió.

Si utiliza un proveedor que no es de la red (fuera de la red) para los servicios de visión cubiertos, usted paga el servicio y luego puede enviar su reclamación de reembolso siguiendo los procedimientos descritos en el Capítulo 8.

Póngase en contacto directamente con su plan de visión si tiene preguntas sobre una denegación de servicios o reclamaciones de visión. Si tiene preguntas relacionadas con los servicios del plan de visión de UnitedHealthcare, llame a la línea gratuita al 800-638-3120 o visite su sitio web en www.myuhcvision.com.

Gastos Efectuados Fuera de los Estados Unidos

Los cargos por los gastos médicos efectuados fuera de los Estados Unidos no están cubiertos a menos que sean por atención de emergencia que reciba durante un viaje de negocios o vacaciones (asistir a clases fuera de los Estados Unidos no se considera viaje de negocios o vacaciones).

Si una persona elegible incurre en Cargos Permitidos por atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos durante un viaje de negocios o vacaciones, paga al proveedor en ese momento, y si el cargo del proveedor es de \$50 o más, el pago debe hacerse mediante cheque, giro postal o cupón de tarjeta de crédito (no en efectivo) para que la persona reciba el reembolso por parte de este Plan.

Se debe incluir, con la reclamación, una copia de su cheque cancelado, giro postal o cupón de su tarjeta de crédito y una factura detallada, además de los requisitos regulares de presentación, cuando la envíe al Administrador de reclamaciones para su reembolso. Se requiere una facturación detallada para cualquier reclamación incurrida fuera de los Estados Unidos.

Para reclamaciones por gastos fuera de los EE. UU. (reclamaciones extranjeras), en la mayoría de los casos deberá pagar al proveedor al momento del servicio. Luego, en una fecha posterior, puede enviar la reclamación extranjera y su comprobante de pago a este Plan para considerar el reembolso de acuerdo con las reglas del Plan descritas en este documento.

- Si el proveedor localizado fuera de los EE. UU. no requiere el pago en el momento del servicio, cuando se determine que tales reclamaciones son pagaderas por este Plan, el pago de los servicios cubiertos se enviará al participante del Plan.
- Las reclamaciones extranjeras se procesarán como cualquier otra reclamación fuera de la red.
- El Administrador de reclamaciones la hará traducir al inglés y luego determinará la tarifa de cambio diaria entre el dólar estadounidense y la moneda extranjera aplicable (en función de la tarifa de cambio citada en www.oanda.com en la fecha en que el tratamiento o los servicios fueron recibidos).
- Luego se le hará el pago para que usted pueda reenviarlo al proveedor correspondiente fuera de los EE. UU.
- Este plan no realiza pagos a un proveedor fuera de los EE. UU.

Cuando deben presentarse las reclamaciones - Plan médico PPO de Anthem

Si recibe servicios de Proveedores Fuera de la Red, es posible que se le solicite que usted mismo presente una reclamación de beneficios al Administrador de Reclamaciones (Anthem Blue Cross) e incluya un formulario de reclamaciones completado. El formulario de reclamación estándar está disponible en la Oficina administrativa o en el sitio web del Plan en www.carpenterssw.org. Los proveedores dentro de la red generalmente enviarán las reclamaciones en su nombre y no se necesita ningún formulario de reclamación.

Se considerará que su reclamación ha sido presentada cuando sea recibida en la Oficina de Administración o por el Administrador de reclamaciones.

Las reclamaciones previas al servicio y urgentes deben presentarse **antes de obtener los servicios**. Si presenta una reclamación previa al servicio de manera incorrecta, el Administrador de reclamaciones le notificará tan pronto como sea posible, pero no más allá de los **5 días** posteriores a la recepción de la reclamación, sobre cuáles son los procedimientos adecuados que debe seguir para presentar una reclamación.

Usted recibirá una notificación de una reclamación previa al servicio presentada incorrectamente solo si la reclamación incluye su nombre, su condición médica o síntomas específicos y un tratamiento, servicio o producto específicos para los cuales se solicita la aprobación. A menos que la reclamación se vuelva a presentar adecuadamente, la misma no será considerada como tal.

Las reclamaciones de atención concurrente deben presentarse antes del final del tratamiento aprobado.

Debe **presentar todas las reclamaciones posteriores al servicio dentro de los 90 días** siguientes a la fecha en que se incurrió en los cargos. La falta de presentación de las reclamaciones dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá la reclamación si no fue razonablemente posible presentarla en ese plazo. Sin embargo, en ese caso, la reclamación se debe presentar lo antes posible, pero **bajo ningún concepto después de 15 meses a partir de la fecha en que se incurrió en los cargos.**

No se pagarán beneficios del Plan por ninguna reclamación presentada después de este período de 15 meses.

Los beneficiarios de una pensión por jubilación anticipada deben presentar su solicitud (incluida una copia de la determinación de su incapacidad por el Seguro Social) de beneficios complementarios mensuales por incapacidad a largo plazo a la Oficina administrativa, **dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la Determinación de su Incapacidad por el Seguro Social.**

Prueba necesaria para procesar reclamaciones:

- a. Al procesar reclamaciones presentadas en nombre de un **hijo recién nacido dependiente**, el Administrador de reclamaciones correspondiente debe recibir de la Oficina administrativa una confirmación de la elegibilidad del niño para la cobertura.
- b. Al procesar reclamaciones presentadas en nombre de un **hijo dependiente que tiene 26 años o más**, el Administrador de reclamaciones correspondiente debe recibir de la Oficina administrativa la confirmación de la elegibilidad del hijo.
- c. Si las reclamaciones se presentan en nombre de **un hijo dependiente para el cual el Plan aún no ha recibido prueba de estatus de dependiente**, el Administrador de reclamaciones correspondiente debe recibir el comprobante de elegibilidad de la Oficina administrativa antes de que la reclamación pueda considerarse para el pago.
- d. Al procesar las reclamaciones presentadas en nombre de un **nuevo Cónyuge**, el Administrador de reclamaciones correspondiente debe recibir de la Oficina administrativa la confirmación de la elegibilidad del cónyuge.
- e. Al procesar **reclamaciones relacionadas con un accidente**, el Administrador de reclamaciones correspondiente necesitará información sobre los detalles del accidente para considerar la reclamación de pago.
- f. Consulte el Capítulo 10 para obtener la información necesaria para la **prueba de una reclamación por incapacidad.**

Programación de las Decisiones Sobre Reclamaciones Iniciales – Plan Médico PPO de Anthem

Se tomará una decisión respecto de su reclamación dentro de los siguientes plazos:

Reclamaciones previas al servicio: Si su reclamación previa al servicio ha sido presentada correctamente, el Administrador de reclamaciones correspondiente le notificará de su decisión dentro de los **15 días** a partir de la fecha de presentación de su reclamación, a menos que se necesite más tiempo.

- El tiempo de respuesta podrá extenderse hasta **15 días**, si fuera necesario, debido a problemas que excedan el control del Administrador de reclamaciones correspondiente. Si se necesita una extensión, se le notificará, antes de la finalización del período inicial de 15 días, cuáles son las circunstancias por las que se requiere la extensión y la fecha en que el Administrador de reclamaciones espera tomar una decisión.

- Si se necesita una extensión porque el Administrador de reclamaciones correspondiente necesita información adicional de su parte, él le notificará cuál es la información específica necesaria para completar la reclamación tan pronto como sea posible, pero no más allá de **15 días** después de la recepción de la reclamación. En ese caso, usted tendrá **45 días** desde la recepción de la notificación para responder, o la reclamación se considerará denegada. Durante el lapso en el que usted puede suministrar información adicional, se suspenderá el período normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspende a partir de la fecha de la notificación de la extensión hasta que hayan transcurrido 45 días o haya pasado la fecha en que usted debe responder a la solicitud (lo que ocurra primero).
- Una vez presentada la información necesaria, el Administrador de reclamaciones correspondiente tiene **15 días** para tomar una decisión y notificarle la determinación.

Reclamaciones de atención urgente: La determinación de beneficios (ya sea adversa o no) con respecto a una reclamación que involucre atención de urgencia se hará tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero no más allá de **72 horas** después de que el plan o la compañía de seguros reciban la reclamación.

Decisión de atención concurrente: En caso de que el Plan haya aprobado un curso regular de tratamiento, que se prolongue a lo largo de un período de tiempo, o una serie de tratamientos y el Plan decida reducir o dejar sin efecto el curso del tratamiento o la serie de tratamientos (por una razón que no sea una modificación o la terminación del Plan), se le notificará tan pronto como sea posible pero, en cualquier caso, con suficiente antelación para que pueda presentar una apelación y para que se tome una decisión respecto a esa apelación **antes de que el beneficio se reduzca o quede sin efecto.**

Reclamaciones posteriores al servicio: Por lo general, se le notificará la decisión sobre su reclamación posterior al servicio dentro de los **30 días** a partir de la fecha en que el Administrador de reclamaciones correspondiente reciba la reclamación.

- Este plazo podrá ampliarse una sola vez hasta un máximo de **15 días**, si la extensión fuera necesaria debido a problemas que exceden el control del Administrador de reclamaciones correspondiente. Si se necesita una extensión, se le notificará, antes de la finalización del período inicial de 30 días, cuáles son las circunstancias por las que se requiere la extensión y la fecha en que el Administrador de reclamaciones correspondiente espera tomar una decisión.
- Si es necesaria una extensión porque el Administrador de reclamaciones correspondiente necesita información adicional de su parte, él le notificará de la información específica necesaria para completar la reclamación tan pronto como sea posible, pero no más allá de **30 días** después de la recepción de la reclamación. Usted y/o su médico o dentista (o farmacéutico, para las reclamaciones enviadas al Administrador de Beneficios de Farmacia) tendrán **45 días**, desde la recepción de la notificación, para responder o la reclamación se considerará denegada. Durante el lapso en el que usted puede suministrar información adicional, se suspenderá el período normal para tomar una decisión sobre la reclamación.
- La fecha límite se suspende a partir de la fecha de la notificación de la extensión hasta que hayan transcurrido 45 días o haya pasado la fecha en que usted debe responder a la solicitud (lo que ocurra primero). El Administrador de reclamaciones correspondiente tendrá luego **15 días** para tomar una decisión sobre su reclamación posterior al servicio y le notificará la decisión.

Reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo (LTD): La Oficina administrativa tomará, por lo general, una decisión sobre la reclamación y le notificará la misma dentro de los **45 días** a partir de la recepción de la reclamación por incapacidad.

- Este plazo podrá extenderse hasta en **30 días** si la extensión es necesaria debido a problemas que exceden el control de la Oficina administrativa. Si se necesita una extensión, se le notificará, antes de la finalización del período inicial de 45 días, cuáles son las circunstancias por las que se requiere la extensión y la fecha en que la Oficina administrativa espera tomar una decisión. La notificación de extensión explicará los criterios sobre los cuales se basa el derecho a un beneficio, los problemas no resueltos que obstaculizan una decisión sobre la reclamación y cualquier información adicional necesaria para resolver estos problemas.
- Se tomará una decisión dentro de los **30 días** a partir de que la Oficina administrativa le notifica la demora. El plazo para tomar una decisión puede ampliarse por **30 días** adicionales, siempre que la Oficina administrativa le notifique, antes del vencimiento del primer período de prórroga de 30 días, cuáles son las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que la Oficina administrativa espera tomar una decisión.
- Si se necesita una extensión porque la Oficina administrativa necesita información adicional de su parte, ella le notificará cuál es la información específica necesaria para completar la reclamación tan pronto como sea posible, pero no más allá de **45 días** después de la recepción de la reclamación. Usted tendrá **45 días** a partir de la recepción de la notificación para responder o la reclamación se considerará denegada. Durante el lapso en el que usted puede suministrar información adicional, se suspenderá el período normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspende a partir de la fecha de la notificación de la extensión hasta que hayan transcurrido 45 días o haya pasado la fecha en que usted debe responder a la solicitud (lo que ocurra primero).
- La Oficina administrativa tendrá luego **30 días** para tomar una decisión sobre su reclamación y le notificará la decisión.

Reclamaciones de seguro de vida y fallecimiento accidental y desmembramiento: La compañía de seguros por lo general tomará la decisión sobre una reclamación de seguro de vida o fallecimiento accidental y desmembramiento dentro de los **90 días** a partir de la recepción de la reclamación. Este plazo podrá ampliarse hasta en **90 días** si la extensión es necesaria debido a problemas que exceden el control de la compañía de seguros. Si se necesita una extensión, se le notificará, antes de la finalización del período inicial de 90 días, cuáles son las circunstancias por las que se requiere la extensión y la fecha en que la compañía de seguros espera tomar una decisión.

Reclamaciones Rechazadas (Determinaciones Adversas Iniciales de Beneficios)

Cada vez que su reclamación sea denegada en su totalidad o en parte, se le enviará una notificación de la Determinación Adversa de Beneficios. El aviso será en forma de correspondencia o en un formulario de Explicación de beneficios (EOB) del Administrador de reclamaciones correspondiente.

Las Determinaciones Adversas de Beneficios que involucren Reclamaciones de Atención Urgente se pueden proporcionar al reclamante mediante una notificación verbal y también se le hará llegar una notificación por escrito, no más allá de 3 días después de la notificación verbal.

Un **aviso de determinación adversa de beneficios incluirá** lo siguiente:

- a. Información suficiente para identificar la reclamación involucrada (por ejemplo: fecha del servicio, proveedor médico, importe de la reclamación si corresponde).
- b. Una declaración que establezca que, previa solicitud y de forma gratuita, se proporcionará el código de diagnóstico y/o tratamiento, junto con su correspondiente significado. No obstante, la solicitud de este tipo de información no será tratada como una solicitud de apelación interna o de revisión externa (cuando corresponda esta última).

- c. Los motivos específicos de la determinación, incluidos el código de denegación con su significado y la explicación de la decisión, así como las normas del Plan utilizadas para denegar la reclamación.
- d. **Para reclamaciones por incapacidad**, proporcione los motivos específicos para la denegación de los beneficios por incapacidad (incluido un análisis de las decisiones y la base para disentir o no de (1) las opiniones presentadas por el reclamante al Plan de profesionales de atención médica que tratan al reclamante y el profesional vocacional que evaluó al reclamante, (2) los puntos de visión presentados por los expertos médicos o vocacionales de quien su asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en relación con la determinación de beneficios adversos del reclamante, y (3) la determinación de incapacidad del reclamante hecha por la Administración del Seguro Social que fue presentada por el reclamante al Plan).
- e. Las referencias a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basa la determinación.
- f. Una declaración de que usted tiene derecho a recibir, previa solicitud, acceso gratuito y copias de documentos relevantes para su reclamación.
- g. Una descripción de la información o material adicionales necesarios, si usted quiere una revisión adicional de la reclamación, y una explicación del por qué se necesita este material o información.
- h. Una explicación de la apelación de 1er nivel del Plan y, cuando corresponda, la apelación de 2º nivel, y el proceso de revisión externa (cuando sea aplicable revisión externa), junto con cualquier límite de tiempo e información sobre cómo iniciar el siguiente nivel de la revisión.
- i. Una declaración de su derecho a iniciar una demanda civil conforme al Artículo 502(a) de ERISA, tras recibir una determinación adversa de apelación.
- j. Si la decisión de su reclamación se basó en una norma interna, guía, protocolo o criterio similar, ya sea una copia de la norma interna, guía, protocolo o criterio similar, o una declaración en la que se establezca el criterio utilizado para tomar la decisión y que esté disponible, a pedido y sin cargo.
- k. Si la determinación se basó en que no existía necesidad médica o en que el tratamiento era experimental o de investigación o en otra exclusión similar, una explicación del criterio científico o clínico empleado en la decisión, la aplicación de los términos del Plan a su reclamación, o una declaración que establezca que la explicación se encuentra disponible para que usted la solicite de manera gratuita.
- l. Comunicación de la disponibilidad e información de contacto del correspondiente defensor del pueblo que se haya establecido en virtud de la Ley de Servicios de Salud Pública para ayudar a las personas con los procesos de reclamaciones y apelaciones internas, y revisiones externas (cuando correspondan).
- m. Si no entiende inglés y tiene preguntas sobre la denegación de una reclamación, comuníquese con el Administrador de reclamaciones correspondiente (consulte la Tabla de referencia para obtener información de contacto) para averiguar si hay asistencia disponible.
 - ESPAÑOL (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al (833) 224-6930 de Anthem.
 - TAGALO (Tagalog): Kung kailangan niyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa Anthem (833) 224-6930.
 - CHINO (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 Anthem (833) 224-6930.
 - NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' Anthem (833) 224-6930.

Para las reclamaciones previas al servicio, usted recibirá una notificación de la determinación verbal o por escrito, incluso si la reclamación fue aprobada. Si la Determinación Adversa de Beneficios se refiere a una Reclamación de Atención Urgente, la notificación contendrá una descripción del proceso de revisión abreviado, aplicable a tales reclamaciones.

Apelación de Reclamación por el Plan Médico PPO de Anthem y por Problemas de Elegibilidad

Apelación de una Determinación Adversa de Beneficios: El Proceso de Apelación de Reclamaciones

Si su reclamación es denegada de forma total o parcial o usted no está de acuerdo con la decisión tomada respecto de una reclamación, podrá solicitar una revisión (apelar la decisión). Para obtener información sobre el tipo de reclamación, las opciones de apelaciones y quién administra las apelaciones, consulte la tabla en la página 152 en donde encontrará la definición del Administrador de reclamaciones correspondiente.

Las apelaciones deben presentarse por escrito al Administrador de reclamaciones correspondiente. Usted debe agotar el proceso de apelación interna del Plan descrito en este capítulo antes de entablar una acción civil según la Sección 502 (a) de ERISA después de una determinación adversa de apelación.

Debe presentar la solicitud de apelación de primer nivel por escrito al Administrador de reclamaciones correspondiente, de la siguiente manera:

- al Administrador de reclamaciones **correspondiente** dentro de los 180 días después de recibir la notificación de la denegación de una reclamación que involucre atención médica (o, en el caso de una decisión de atención concurrente, dentro de un tiempo razonable, teniendo en cuenta las exigencias médicas de su situación).
- A la **Oficina administrativa** dentro de los **180 días** después de recibir una determinación adversa de beneficios en una reclamación por beneficios de incapacidad a largo plazo.
- A la **compañía de seguros de vida** dentro de los **60 días** después de recibir la notificación de la denegación de reclamaciones por seguro de vida o seguro por fallecimiento accidental y desmembramiento.

Nota con respecto a reclamaciones de atención urgente: Las apelaciones que involucren una Reclamación de atención urgente deben presentarse dentro de los 180 días después de que se tomó la Determinación Adversa de Beneficios. No se considerará que las apelaciones de reclamaciones que involucraron una reclamación de atención urgente automáticamente involucran una Reclamación de atención urgente, sino que el profesional de atención médica debe indicar que la urgencia sigue existiendo. Las apelaciones que involucren una Reclamación de Atención Urgente se pueden presentar por teléfono al Administrador de reclamaciones correspondiente.

Si el tipo de reclamación es elegible para una apelación de segundo nivel, el Comité de Beneficios del Consejo Directivo decidirá todas las apelaciones de segundo nivel. El Comité de Beneficios tiene autoridad discrecional absoluta para decidir todas las cuestiones de elegibilidad para recibir beneficios, incluida la autoridad discrecional para tomar todas las determinaciones de hecho e interpretar los términos del Plan.

Proceso de Revisión de Apelaciones

Todas las apelaciones serán revisadas y decididas por el Administrador de reclamaciones correspondiente, que en algunos casos es el Comité de Beneficios del Consejo Directivo del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar. (Consulte la página 152 y la página 171 para ver un cuadro que describe el proceso de apelación). El Comité de Beneficios tiene autoridad discrecional absoluta para decidir todas las cuestiones de elegibilidad para recibir beneficios, incluida la autoridad discrecional para tomar todas las determinaciones de hecho e interpretar los términos del Plan. **Cuando se aplica una apelación de segundo nivel, el Comité de Beneficios decidirá todas las apelaciones de segundo nivel.**

Para todas las apelaciones, los reclamantes podrán presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otra información relacionada con la reclamación de beneficios.

Para todas las apelaciones, se proporcionará a los reclamantes, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información relevante para la reclamación de beneficios del reclamante. Un documento, registro u otra información son relevantes para una reclamación si:

- a. Fueron invocados en la determinación del beneficio.
- b. Fueron presentados, considerados o generados en el curso de la determinación del beneficio, independientemente de si se tomaron como base para la determinación del beneficio.
- c. Demuestran cumplimiento de los procesos y medidas de seguridad administrativos del Plan, diseñados para garantizar y verificar que las determinaciones de la reclamación de beneficio se realicen de acuerdo con la documentación del Plan vigente y que, cuando corresponde, las disposiciones del Plan se han aplicado de forma consistente con respecto a reclamantes en situación similar; o
- d. Constituyen una declaración de política u orientación con respecto al Plan, concerniente a cualquier opción de tratamiento o beneficio denegado para el diagnóstico del reclamante, sin tener en cuenta si tal consejo o declaración fueron tomados como referencia para decidir respecto al beneficio.

La revisión completa e imparcial por parte del Plan de todas las apelaciones tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por el reclamante en relación con la reclamación, independientemente de la información se presentó o consideró en la determinación inicial de beneficios.

Se le proporcionará al reclamante, de forma automática y gratuita, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, generada por el Plan (o bajo su dirección) o sobre la que se basó el Plan, en relación con la reclamación denegada. La evidencia se proporcionará tan pronto como sea posible (y con suficiente antelación a la fecha en que se debe proporcionar el aviso de determinación adversa de beneficios en la revisión) para darle una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

Además, antes de que el Plan emita una Determinación adversa de beneficios en la revisión basada en una justificación nueva o adicional, se le proporcionará, de forma automática y gratuita, la justificación. La justificación se proporcionará lo antes posible (y con suficiente antelación a la fecha en que se debe proporcionar el aviso de determinación adversa de beneficios en la revisión) para darle un tiempo razonable para responder antes de esa fecha.

Si el Plan recibe evidencia nueva o adicional o justificación con tanto retraso en el proceso de presentación de reclamación o apelación de reclamación que impida que un reclamante tenga una oportunidad razonable de responder, el período para proporcionar una determinación final se retrasa hasta el momento en que el reclamante haya tenido tal oportunidad.

La revisión de todas las apelaciones, fuera de las apelaciones concernientes a las reclamaciones por beneficios de seguro de vida o seguro por fallecimiento accidental y desmembramiento, no tomará en cuenta la determinación inicial adversa de beneficio (o a la decisión de la apelación previa, en el caso de una apelación de segundo nivel).

La persona que tomó la Determinación Adversa de Beneficio que es objeto de la apelación (o cualquier persona que haya decidido en un nivel previo de apelación) o un subordinado de la persona no podrán tomar ninguna decisión de apelación.

En todas las apelaciones, con excepción de las apelaciones de reclamaciones relativas a beneficios de seguro de vida o de seguro por fallecimiento accidental y desmembramiento, si la determinación adversa de beneficio se basó, en su totalidad o en parte, en un juicio médico, incluidas las determinaciones con respecto a si un determinado tratamiento, medicamento u otro elemento es Experimental, está en investigación o no es Medicamento Necesario, el fiduciario correspondiente nombrado que maneje la apelación deberá consultar a un profesional de la salud que tenga el entrenamiento y experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrado en el juicio médico. El profesional médico involucrado para proporcionar esta revisión médica no será la persona que fue consultada en relación con la Determinación Adversa de Beneficio que es objeto de la revisión (o que fue consultada en conexión con un nivel previo de revisión), ni el subordinado de tal persona.

En todas las apelaciones, a excepción de las apelaciones relativas a las reclamaciones de beneficios de seguros de vida o de seguro por fallecimiento accidental y desmembramiento, se proporcionará al reclamante, a su solicitud y de forma gratuita, la información sobre la identidad de cualquier experto médico o profesional, de quien su asesoramiento se obtuvo en relación con la Determinación Adversa de Beneficio (o en conexión con cualquier nivel previo de revisión), sin tener en cuenta si el asesoramiento se tomó como base para la determinación del beneficio.

Plazos para la Notificación de la Decisión en una Apelación

Usted recibirá una notificación de la decisión tomada sobre su apelación de acuerdo con el siguiente cronograma:

- **Reclamaciones previas al servicio:** Se le enviará un aviso de una decisión sobre la revisión de la apelación dentro de los **15 días** posteriores a la recepción de la apelación por parte del Administrador de reclamaciones.
- **Reclamaciones de atención urgente:** Usted o su representante recibirán la notificación de la decisión **lo antes posible, pero no más allá de 72 horas después de la recepción de la apelación.**
- **Decisiones de atención concurrente:** Usted recibirá la notificación de la decisión de una revisión de apelación **antes de la reducción o terminación** de un tratamiento en curso.
- **Reclamaciones posteriores al servicio:** Por lo general, las decisiones sobre las **apelaciones de primer nivel** que involucran reclamaciones posteriores al servicio del Plan Médico PPO de Anthem serán hechas por el Administrador de reclamaciones dentro de los **30 días** siguientes a la recepción de la apelación.

Las decisiones sobre las **apelaciones de segundo nivel** ante el Comité de Beneficios se decidirán, por lo general, en la siguiente **reunión** trimestral programada regularmente del Comité de Beneficios del Consejo Directivo, después de la recepción de su solicitud de revisión. No obstante, si su solicitud de revisión se **recibe dentro de los 30 días** de la siguiente reunión programada regularmente, su solicitud de revisión podrá ser considerada en la segunda reunión ordinaria del Comité de Beneficios, después de la recepción de su solicitud. En circunstancias especiales, podrá ser necesaria una demora hasta la tercera reunión programada regularmente, después de la recepción de su solicitud de revisión. Se le informará por escrito y por anticipado en caso de que sea necesaria esta extensión.

Una vez que se haya llegado a una decisión sobre la revisión de su apelación de reclamación, se le notificará la decisión tan pronto como sea posible, pero **no más allá de 5 días** después de tomada la decisión.

- **Reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo (LTD):** El tiempo y los procedimientos para las determinaciones iniciales de reclamaciones que involucran reclamaciones por incapacidad se describen previamente en este capítulo en la subsección titulada “Reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo (LTD)”. La apelación de una denegación de un beneficio LTD es decidida por el Comité de Beneficios y el proceso se describe a continuación en este Capítulo y en el cuadro titulado “Tiempos máximos para el procesamiento de reclamaciones por incapacidad” en este capítulo.
- **Seguro de vida o seguro por fallecimiento accidental y desmembramiento:** Por lo general, las decisiones se tomarán dentro de los **60 días** posteriores a la recepción de una apelación por parte de la compañía de seguros de vida. El plazo para tomar una decisión podrá extenderse hasta **60 días**, siempre que la compañía de seguro de vida le notifique, antes de la expiración de los primeros 60 días, las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que la mencionada compañía espera tomar una decisión.

La decisión sobre cualquier revisión de apelación de su reclamación se le entregará por escrito. El aviso escrito de la decisión sobre la apelación contendrá lo siguiente:

- a. Información suficiente para identificar la reclamación involucrada (incluso la fecha del servicio, el Proveedor médico, el importe de la reclamación (si corresponde), el código de diagnóstico y su significado respectivo, y el código de tratamiento con su significado respectivo).
- b. Una declaración que establezca, previa solicitud y de forma gratuita, el código de diagnóstico y/o código de tratamiento, junto con los correspondientes significados. Sin embargo, la solicitud de esta información no será tratada como una solicitud de 2° nivel de apelación o revisión externa (cuando la revisión externa es aplicable).
- c. **Para reclamaciones por incapacidad**, proporcione los motivos específicos para la denegación de los beneficios por incapacidad (incluido un análisis de las decisiones y la base para disentir o no de (1) las opiniones presentadas por el reclamante al Plan de profesionales de atención médica que tratan al reclamante y el profesional vocacional que evaluó al reclamante, (2) los puntos de visión presentados por los expertos médicos o vocacionales de quien su asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en relación con la determinación de beneficios adversos del reclamante, y (3) la determinación de incapacidad del reclamante hecha por la Administración del Seguro Social que fue presentada por el reclamante al Plan).
- d. Si se mantiene o invierte la Determinación Adversa de Beneficio original y en qué medida.
- e. Un análisis de (razón para) la decisión.
- f. Si se confirma la Determinación Adversa de Beneficio, en su totalidad o en parte, la notificación indicará las razones específicas para la determinación adversa, incluidos el código de la denegación y su respectivo significado.
- g. Referencias a las disposiciones específicas del plan en las cuales se basa la determinación.
- h. Una declaración respecto de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente a la reclamación de beneficios (ya sea un documento, registro u otra información que se considere relevante).
- i. Una descripción de los procesos de revisión externa disponibles, incluida la forma de iniciar una revisión externa (cuando corresponda) junto con los límites de tiempo e información sobre cómo iniciar el siguiente nivel de revisión, así como una declaración de los procedimientos de apelación voluntaria del Plan, si corresponde.

- j. La disponibilidad y la información de contacto de toda oficina de asistencia al consumidor de seguro médico para ayudar a las personas con las reclamaciones y apelaciones internas y los procesos de revisión externa.
- k. Una declaración del derecho del reclamante a iniciar una acción conforme el artículo 502(a) de ERISA después de agotar la vía administrativa.
- l. Si se confirma la Determinación Adversa de Beneficio original, en su totalidad o en parte, la notificación indicará si se tomó una norma interna, guía, protocolo u otro criterio similar como base para cualquier determinación adversa y, si es así, ya sea la norma, guía, protocolo específico u otro criterio similar, o una declaración de que se le proporcionará una copia de la norma, guía, protocolo u otro criterio similar de forma gratuita al reclamante que lo solicite.
- m. Si se confirma la Determinación Adversa de Beneficio original, en su totalidad o en parte, y si la Determinación Adversa de Beneficio se basa en una Necesidad Médica o tratamiento Experimental o en una exclusión o límite similares, la notificación contendrá una explicación del criterio científico o clínico para tal determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del reclamante.
- n. La decisión del Comité de Beneficios es la Determinación Adversa de Beneficio interna definitiva y es vinculante para el Plan.
- o. Después de una Determinación Adversa de Beneficio interna definitiva, si el reclamante sigue considerando que la decisión es contraria a los términos del Plan, tiene derecho a solicitar una revisión externa o a entablar una demanda civil impugnando la decisión, conforme a la sección 502(a) de ERISA, Título 29 §1132(a) del Código de los Estados Unidos (U.S.C.). No obstante, no se podrá entablar ninguna acción con arreglo a la ley o a la equidad por beneficios previstos en virtud del Plan, salvo y hasta que la Determinación Adversa de Beneficio interna definitiva haya finalizado y se haya dictado una decisión. Cualquier demanda o reclamación deberá ser presentada **dentro de 1 año** a partir de la decisión del Comité de Beneficios. Cualquier acción legal presentada en virtud de ERISA § 502 (a) contra el Fideicomiso o el Plan por parte de un Empleado, Participante o beneficiario solo puede llevarse ante el Tribunal de Distrito Federal en el condado de Los Ángeles, California.
- p. Si el Plan no respeta estrictamente todos los requisitos arriba mencionados, se considera que el reclamante ha agotado el proceso interno de reclamaciones y apelaciones. El reclamante podrá llevar adelante un proceso de revisión externa o iniciar una acción legal conforme al artículo 502(a) de ERISA, sobre la base de que el Plan no ha proporcionado un proceso interno razonable de reclamaciones y apelaciones que resultara en una decisión sobre el Fideicomiso de la reclamación. Si un reclamante opta por demandar conforme al artículo 502(a), la reclamación o apelación se considerarán denegadas en la revisión sin que un fiduciario apropiado lleve a cabo diligencia. No obstante, no se considerará que el reclamante ha agotado el proceso interno de reclamaciones y apelaciones si la falta de cumplimiento estricto de todos los requisitos se refiere a violaciones de mínima importancia que no causan, ni es probable que causen, perjuicio o daño al reclamante.
- q. Si no entiende inglés y tiene preguntas sobre la denegación de una reclamación, comuníquese con el Administrador de reclamaciones correspondiente (consulte la Tabla de referencia para obtener información de contacto) para averiguar si hay asistencia disponible.
 - ESPAÑOL (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al (833) 224-6930 de Anthem.
 - TAGALO (Tagalog): Kung kailangan niyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa Anthem (833) 224-6930.
 - CHINO(中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 Anthem (833) 224-6930.
 - NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' Anthem (833) 224-6930.

Vea también los gráficos que resumen el proceso de apelación y los plazos en la página 152.

Revisión Externa Voluntaria de una Reclamación Denegada

Revisión Externa de Reclamaciones Denegadas

Usted podrá solicitar una revisión externa a través de una Organización de Revisión Independiente (“IRO, por sus siglas en inglés”) solo en el caso de que su apelación respecto de una reclamación de atención médica, ya sea urgente, concurrente, previa o posterior al servicio, sea denegada y se encuentre dentro de los siguientes parámetros:

- a. La denegación involucra juicios médicos, incluidos, entre otros, aquellos basados en los requisitos del Plan para considerar la necesidad médica, adecuación, centro de atención médica, nivel de atención o la efectividad de un beneficio cubierto, una determinación adversa relacionada con la cobertura de los costos de rutina en un ensayo clínico o la determinación de que un tratamiento es experimental o de investigación. La IRO determinará si una denegación involucra un juicio médico; o juicio médico para determinar si un plan cumple con las disposiciones de limitación de tratamiento no cuantitativas de la Ley de Paridad para salud mental y Equidad frente a adicciones, y/o
- b. La denegación se debe a la Rescisión de la cobertura (eliminación de la cobertura con carácter retroactivo), independientemente de si la Rescisión tiene un efecto alguno sobre algún beneficio particular en ese momento.

La revisión externa no está disponible para ningún otro tipo de denegación, lo que incluye seguros de vida, beneficios por incapacidad, cobertura dental o de visión o en el caso de que su reclamación fuera denegada debido a su incumplimiento de los requisitos de elegibilidad en virtud de los términos del Plan. El Plan asume la responsabilidad de los costos asociados con Revisiones Externas descritas en este capítulo.

(Comuníquese con la Oficina administrativa para analizar la disponibilidad de una Revisión Independiente relacionada con el beneficio de Incapacidad a Largo Plazo - LTD. Tenga en cuenta que los afiliados pagan parte del costo asociado con una Revisión Independiente bajo el beneficio LTD como se describe en el Capítulo 10).

En general, usted solo puede solicitar una revisión externa después de haber agotado los procesos internos de reclamaciones y apelaciones anteriormente descritos. Esto significa que, en el procedimiento normal, solo podrá solicitar la revisión externa después de que se haya tomado una determinación final en la apelación. Para obtener más información acerca de los procedimientos de Revisión Externa, comuníquese con la Oficina administrativa.

Hay **dos tipos de reclamaciones externas que se** detallan a continuación: Reclamaciones estándar (no urgentes) y reclamaciones aceleradas de atención urgente.

Plazo y Procedimientos para la Revisión Externa Estándar (no urgente)

La solicitud de revisión externa debe ser presentada por escrito por el reclamante, su representante autorizado o el Proveedor dentro de la Red ante el Fideicomiso, **dentro de los cuatro (4) meses** posteriores a la fecha de recepción de la notificación de una Determinación Adversa de Beneficio o una Determinación Adversa de Beneficio interna definitiva.

Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud de revisión externa, el Plan llevará a cabo un examen preliminar de la solicitud para determinar si esta es elegible para revisión externa.

- Un (1) día laboral después de la finalización de la revisión preliminar, el Plan enviará una notificación por escrito al reclamante.

Si la solicitud está completa y es elegible para revisión externa, se enviará a una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) para su revisión. El Plan retiene al menos tres IRO de las cuales puede seleccionar realizar revisiones externas. El Plan exige a sus IRO contratadas que mantengan los registros escritos durante al menos tres años.

Si la solicitud está completa pero no es elegible para revisión externa, la notificación incluirá las razones de la inelegibilidad e información de contacto de la oficina de atención al consumidor del seguro médico que corresponda.

Si la solicitud no está completa, la notificación describirá qué se necesita para que la solicitud esté completa. Además, el Plan permitirá que el reclamante perfeccione la solicitud para revisión externa durante el período de presentación de cuatro meses o dentro del período de 48 horas a partir de la recepción de la notificación, lo que ocurra más tarde.

- La ORI asignada notificará oportunamente al reclamante, por escrito, la elegibilidad de la solicitud y la aceptación para revisión externa.

La notificación incluirá una declaración de que el reclamante podrá presentar información adicional, por escrito, a la ORI asignada, que esta última deberá tener en cuenta al realizar la revisión externa. No obstante, la información adicional debe ser recibida dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la notificación.

- La ORI revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Al tomar una decisión, la ORI asignada revisará la reclamación de nuevo y no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones alcanzadas durante el proceso de reclamaciones y apelaciones internas del Plan. Además de los documentos y la información proporcionada, la ORI asignada, de acuerdo con la información o los documentos que estén disponibles y la ORI considere apropiados, tendrá en cuenta lo siguiente para llegar a una decisión:

- a. La historia clínica del reclamante.
- b. La recomendación del profesional de atención médica que participa.
- c. Los informes de los profesionales de atención médica apropiados y otros documentos presentados por el Plan, el reclamante o el Proveedor de tratamiento del reclamante.
- d. Los términos del plan del reclamante para asegurar que la decisión de IRO no es contraria a los términos del Plan, a menos que los términos sean incompatibles con la legislación aplicable.
- e. Las guías de práctica correspondientes, que deben incluir estándares aplicables basados en la evidencia y podrán incluir cualquier otra guía de práctica desarrollada por el gobierno federal, las sociedades médicas nacionales o profesionales, los consejos y las asociaciones.
- f. Cualquier criterio aplicable de revisión clínica desarrollado y utilizado por el Plan, a menos que los criterios sean incompatibles con los términos del Plan o con la ley aplicable.
- g. La opinión del revisor o los revisores clínicos de la IRO, de acuerdo con la información o los documentos que estén disponibles y que el revisor o los revisores clínicos consideren apropiados.

- La IRO asignada debe suministrar una notificación por escrito respecto de la decisión de la revisión externa definitiva **dentro de los 45 días** posteriores a recibir la solicitud de la revisión. La IRO debe entregar la notificación de la decisión de revisión externa definitiva al reclamante y al Plan.

- La notificación de la decisión de la ORI contendrá:
 - a. Una descripción general de la razón de la solicitud de revisión externa que incluya información suficiente para identificar la reclamación (incluyendo las fechas de servicio, el proveedor de atención médica, el importe de la reclamación (si corresponde), el código de diagnóstico y su correspondiente significado, el código de tratamiento y su correspondiente significado y la razón de la denegación anterior).
 - b. La fecha en que la ORI recibió la tarea de realizar la revisión externa y la fecha de la decisión de la ORI.
 - c. Las referencias a la evidencia o la documentación, incluidas las disposiciones específicas de cobertura y las normas basadas en la evidencia consideradas para llegar a su decisión.
 - d. Un análisis de la razón o razones principales de su decisión, incluyendo la justificación de su decisión y cualquier otro estándar basado en la evidencia considerado para tomar su decisión.
 - e. Una declaración respecto a que la determinación es vinculante, salvo que haya disponibles otros recursos conforme la legislación estatal o federal que corresponda al Plan o al reclamante.
 - f. Una declaración de que estará disponible una revisión judicial para el reclamante.
 - g. La información actualizada de contacto, incluyendo número de teléfono, de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguro médico.
- Después de una decisión final de revisión externa, la ORI debe poner los registros a disposición del reclamante, del Plan o de la agencia de supervisión Estatal o Federal para su examen, previa solicitud, excepto en el caso de que su divulgación violara las leyes de privacidad Estatales o Federales.
- Tras la recepción de una notificación de una decisión de revisión externa final que revierta la determinación adversa de beneficios o la determinación adversa de beneficios interna final, el Plan debe proporcionar la cobertura o el pago (que incluya la autorización inmediata o el pago inmediato de los beneficios) de la reclamación.

Plazos y Procedimientos para la Revisión Externa Acelerada

El reclamante podrá solicitar una revisión externa acelerada con el Plan cuando reciba:

- Una Determinación Adversa de Beneficio, si la Determinación Adversa de Beneficio involucra una condición médica respecto de la cual el plazo normal de finalización de una apelación interna acelerada podría poner en peligro la vida o la salud del reclamante o su capacidad para recuperar sus funciones al máximo, y el reclamante haya solicitado una apelación interna acelerada; o
- Si una Determinación Adversa de Beneficio interna definitiva involucra una condición médica respecto de la cual el plazo normal de finalización de una revisión externa estándar podría poner en peligro la vida o la salud del reclamante o su capacidad de recuperar sus funciones al máximo, o si la Determinación Adversa del Beneficio interna definitiva supone una hospitalización, disponibilidad de atención, internación prolongada o un elemento o servicio de atención médica por el cual el reclamante recibió servicios de Emergencia, pero no ha recibido el alta médica del establecimiento.

Inmediatamente después de recibir la solicitud de revisión externa acelerada, el Plan debe determinar si la solicitud reúne los requisitos necesarios para una revisión externa estándar. El Plan debe enviar, inmediatamente, al reclamante una notificación con respecto a su determinación de elegibilidad.

Cuando se determine que una solicitud es elegible para revisión externa después del examen preliminar, el Plan asignará una ORI. El Plan debe proporcionar todos los documentos necesarios a la ORI asignada con la mayor rapidez posible.

La ORI asignada, en la medida en que estén disponibles la información o los documentos y la ORI los considere apropiados, debe tener en cuenta la información o documentación presentadas. Al tomar una decisión, la ORI asignada debe revisar la reclamación de nuevo y no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones alcanzadas durante el proceso de reclamaciones y apelaciones internas del Plan.

La ORI asignada debe notificar la decisión final de revisión externa con la mayor rapidez que las circunstancias o la condición médica del reclamante requieran, pero en ningún caso más allá de 72 horas después de que la ORI reciba la solicitud de una revisión externa acelerada. Si la notificación no está por escrito, dentro de las 48 horas posteriores a la fecha en que se entregó la citada notificación, la IRO asignada debe suministrar una confirmación por escrito de la decisión, al reclamante y al Plan.

Apelaciones de determinaciones adversas de beneficios hechas por terceros proveedores (administradores de reclamaciones correspondientes)

El reclamante tiene derecho a solicitar una revisión de los beneficios administrados por cualquier proveedor externo que haga determinaciones adversas de beneficios, las cuales pueden incluir a administradores externos de beneficios asegurados, tales como: el plan médico HMO, el administrador de beneficios dentales, el administrador de beneficios de la visión, o los proveedores de seguro de vida y seguro por fallecimiento accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés). En cuanto a todos estos beneficios asegurados y administrados por algún proveedor externo que haga cualquier determinación adversa de beneficios, el derecho del reclamante a solicitar una revisión deberá ser determinado en el acuerdo entre el Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar y el proveedor externo, cuya decisión deberá cumplir con toda la legislación aplicable.

Si el reclamante no está de acuerdo con la decisión de la apelación del proveedor, podrá presentar un segundo nivel de apelación al Comité de Beneficios del Fideicomiso de Salud y Bienestar, **pero solo en cuanto a las reclamaciones médicas autofinanciadas administradas por Anthem Blue Cross y las reclamaciones de medicamentos recetados autofinanciadas administradas por Express Scripts.**

- Las apelaciones de segundo nivel deben ser presentadas ante la Oficina administrativa dentro de los 60 días después de que el reclamante reciba la notificación de la resolución de la apelación de primer nivel. Con el fin de agotar los recursos administrativos del reclamante, este debe presentar una apelación de segundo nivel.
- El Comité de Apelaciones tomará una decisión sobre la apelación de segundo nivel de una determinación adversa de beneficios dentro de los plazos especificados anteriormente. Consulte la sección “Plazos para la Notificación de la Decisión en una Apelación”.

No existe apelación de primer nivel ni de segundo nivel ante el Comité de Beneficios del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar para las reclamaciones con respecto a los siguientes **beneficios asegurados:** Cobertura de Plan médico HMO, dental, de la visión, de seguro de vida y seguro por fallecimiento accidental y desmembramiento. Para estos beneficios asegurados, las apelaciones serán manejadas por la compañía de seguros, de acuerdo con los procedimientos especificados en los manuales de Formulario de Divulgación o Constancia de Cobertura de la compañía de seguros, cuyas copias se pueden obtener en www.carpenterssw.org, la página web de Administración Corporativa de Carpinteros del Sudoeste.

Después de que se haya agotado el procedimiento de apelación interna, si el reclamante sigue considerando que la decisión es contraria a los términos del Plan, tiene derecho a solicitar una revisión externa o interponer una acción legal o equitativa por los beneficios, conforme al Artículo 502(a) de ERISA.

No se podrá interponer ninguna acción por beneficios contra el Plan, salvo y hasta que la apelación interna de segundo nivel del Plan haya sido completada y se haya tomado una decisión.

Cualquier demanda o reclamación deberá ser presentada **dentro de un (1) año** a partir de la decisión del Comité de Beneficios.

Si el Plan no se ciñe estrictamente a todos los requisitos de apelaciones anteriores, se considera que el reclamante ha agotado el proceso interno de reclamaciones y apelaciones. El reclamante podrá llevar adelante un proceso de revisión externa o iniciar una acción legal conforme al artículo 502(a) de ERISA, sobre la base de que el Plan no ha proporcionado un proceso interno razonable de reclamaciones y apelaciones, que resultara en una decisión sobre el Fideicomiso de la reclamación.

Si un reclamante opta por demandar conforme al artículo 502(a), la reclamación o apelación se considerarán denegadas en la revisión sin que un fiduciario apropiado lleve a cabo diligencia. No obstante, no se considerará que el reclamante ha agotado el proceso interno de reclamaciones y apelaciones si la falta de cumplimiento estricto de todos los requisitos se refiere a violaciones de mínima importancia que no causan, ni es probable que causen, perjuicio o daño al reclamante.

Resumen de presentación de reclamaciones y plazos de apelación de reclamaciones

Tiempos Máximos para el Procesamiento Administrativo de Reclamaciones de Atención Médica				
	Reclamaciones previas al servicio	Reclamaciones de atención urgente	Reclamaciones de atención concurrente	Reclamaciones posteriores al servicio
El Administrador de reclamaciones correspondiente toma la determinación inicial	Dentro de los 15 días siguientes a recibir la reclamación	Con la mayor rapidez posible, pero no más de 72 horas después de recibir la reclamación de atención urgente	Antes de que se reduzca el beneficio o se termine el tratamiento	Dentro de los 30 días siguientes a recibir la reclamación
El Administrador de reclamaciones correspondiente le notifica que la reclamación ha sido presentada incorrectamente.	Dentro de los 5 días siguientes a recibir la reclamación	Lo antes posible, pero no más de 24 horas después de recibir la reclamación de atención urgente	Antes de que se reduzca el beneficio o se termine el tratamiento	No aplicable
El Administrador de reclamaciones correspondiente solicita información adicional (una extensión)	Sí, se permite una extensión de 15 días	Lo antes posible, pero no más de 24 horas después de recibir la reclamación de atención urgente	No aplicable	Sí, se permite una extensión de 15 días.
Usted responde a la solicitud de información	Dentro de los 45 días siguientes a la solicitud.	Se le concederán 48 horas para proporcionar la información solicitada	No aplicable	Dentro de los 45 días siguientes a la solicitud
El Administrador de reclamaciones correspondiente toma la determinación después de solicitar información	Si se extiende un período de tiempo debido a la falta de envío de información, el período de tiempo se cancela desde la fecha en que se envía el Aviso de Extensión hasta la fecha más temprana de las siguientes: la fecha en la que usted responde o después de transcurridos 60 días desde la fecha en que se le envió un aviso.	Con la mayor rapidez posible, pero no más de 48 horas después de (a) recibir cualquier información adicional o (b) el final del período que se le concede para que proporcione información adicional, lo que ocurra primero.	Antes de que se reduzca el beneficio o se termine el tratamiento.	Si se extiende un período de tiempo debido a la falta de envío de información, el período de tiempo se cancela desde la fecha en que se envía el Aviso de Extensión hasta la fecha más temprana de las siguientes: la fecha en la que usted responde o después de transcurridos 60 días desde la fecha en que se le envió un aviso.

Tiempos Máximos para el Procesamiento Administrativo de Reclamaciones de Atención Médica				
	Reclamaciones previas al servicio	Reclamaciones de atención urgente	Reclamaciones de atención concurrente	Reclamaciones posteriores al servicio
Usted solicita el primero o el segundo nivel de apelación	Dentro de los 180 días posteriores a la recepción del aviso inicial de denegación.	Dentro de un tiempo razonable para su situación.	Dentro de un tiempo razonable para su situación.	Dentro de los 180 días posteriores a la recepción del aviso de rechazo inicial o el primer aviso de rechazo de apelación.
El Administrador de Reclamaciones correspondiente toma una decisión sobre la apelación de primer nivel	Dentro de los 30 días siguientes a recibir su solicitud de apelación	Dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.	Tan pronto como sea posible antes de que se reduzca el beneficio o se termine el tratamiento.	Dentro de los 30 días para el 1 ^{er} nivel de apelación.
El Consejo Directivo/Comité toma una decisión sobre la apelación de segundo nivel	Un nivel de apelación de segundo nivel no es aplicable.	Un nivel de apelación de segundo nivel no es aplicable.	Un nivel de apelación de segundo nivel no es aplicable.	Para la apelación de segundo nivel: si la apelación es recibida a los 30 o más días de la siguiente reunión del Comité, entonces la apelación será resuelta en la próxima reunión del Comité trimestral regular o, si la apelación es recibida con menos de 30 días de antelación a la fecha de la reunión, en la próxima reunión posterior (puede demorarse hasta la tercera reunión).

Tiempos máximos para el procesamiento de reclamaciones por incapacidad y otras reclamaciones relacionadas con el seguro de vida y las reclamaciones por fallecimiento accidental y desmembramiento		
(Los plazos están suspendidos a la espera de recibir información adicional que se le haya solicitado)		
	Reclamaciones por incapacidad	Otras reclamaciones
La Oficina administrativa o la compañía de seguros toman una determinación inicial (siempre que se presente toda la información necesaria)	Dentro de los 45 días de recibida la reclamación (Se permiten hasta 2 extensiones: se pueden extender por otros 30 días y 30 días adicionales después de eso)	Dentro de los 90 días siguientes a recibir la reclamación (se puede extender por otros 90 días)
La Oficina administrativa o la compañía de seguros solicitan información adicional	Dentro de los 45 días de recibida la reclamación	No aplicable.

Tiempos máximos para el procesamiento de reclamaciones por incapacidad y otras reclamaciones relacionadas con el seguro de vida y las reclamaciones por fallecimiento accidental y desmembramiento (Los plazos están suspendidos a la espera de recibir información adicional que se le haya solicitado)		
	Reclamaciones por incapacidad	Otras reclamaciones
Usted responde a la solicitud de información	Dentro de los 45 días siguientes a la solicitud.	No aplicable.
El Comité de beneficios del Plan o la compañía de seguros toman una determinación después de solicitar información adicional	Si se extiende un período de tiempo debido a la falta de envío de información, el período de tiempo se cancela desde la fecha en que se envía el Aviso de Extensión hasta la fecha más temprana de las siguientes: la fecha en la que usted responde o después de transcurridos 60 días desde la fecha en que se le envió un aviso.	No aplicable
Usted solicita una apelación	Dentro de los 180 días de recibida la notificación de denegación	Dentro de los 60 días de recibida la notificación de denegación
El Comité de Beneficios del Consejo o la compañía de seguros toman una decisión sobre la apelación	A más tardar 5 días después de la siguiente reunión trimestral regular del Comité de beneficios o, en el caso de que la apelación sea recibida con menos de 30 días de anticipación, en la reunión posterior (se puede retrasar hasta la tercera reunión).	Dentro de los 60 días de recibida su solicitud de apelación (se puede ampliar otros 60 días)

Disposiciones legales importantes

Agotamiento de los Recursos Administrativos y Límite de Tiempo de un Año a Partir de la Interposición de una Demanda por un Plan de Beneficios Conforme a ERISA

Usted no podrá presentar una demanda para reclamar los beneficios del Plan conforme al artículo 502(a) de ERISA hasta que haya agotado todos los recursos administrativos del Plan, incluyendo los procedimientos de Reclamación y Apelaciones del Plan descritos anteriormente. En el caso de que su reclamación sea denegada en el curso del agotamiento de los recursos administrativos del Plan, establecidos en los procedimientos de reclamaciones y apelaciones descritos anteriormente, debe iniciar una demanda conforme al artículo 502(a) de ERISA con respecto a la reclamación, no más allá del primer año a partir de la fecha de la notificación escrita de la decisión sobre la segunda apelación denegando la reclamación.

Recuperación de Sobrepagos o Beneficios Obtenidos de Manera Deshonesta

El Fideicomiso tiene todos los recursos en derecho y equidad disponibles para recuperar los sobrepagos a cualquiera de las partes por los beneficios proporcionados por el Plan o cualquier beneficio obtenido por tergiversación intencional de hechos materiales, omisión de declarar un hecho material, fraude o cualquier otra conducta deshonesto o ilícita, así como también los costos de recuperación del Fideicomiso, incluidos los honorarios razonables de abogados.

Cumplimiento de la Ley de Paridad para Salud Mental y Equidad Frente a Adicciones (MHPAEA)

Los participantes y los beneficiarios pueden solicitar documentos e instrumentos del Plan con respecto a si el Plan proporciona beneficios de acuerdo con la Ley de Paridad para salud mental y Equidad frente a adicciones (MHPAEA) y las copias deben presentarse dentro de los 30 días

posteriores a la solicitud. Esto puede incluir documentación que ilustre cómo el Plan de salud ha determinado que cualquier requisito financiero, limitación cuantitativa de tratamiento o limitación no cuantitativa de tratamiento cumple con MHPAEA.

Limitación del Plazo para Iniciar Acciones Legales

Usted o cualquier otro reclamante no puede entablar una demanda u otra acción legal para obtener los beneficios del Plan, incluidos los procedimientos ante tribunales u organismos administrativos, hasta después de que se hayan agotado todos los procedimientos administrativos (incluidos los procedimientos de revisión de apelación de reclamaciones de este Plan descritos en este documento) para cada asunto considerado relevante por el reclamante, o hasta que hayan transcurrido 90 días desde que presentó una solicitud de revisión de apelación si no ha recibido una decisión final o aviso de que será necesario tiempo adicional para llegar a una decisión final.

Según este Plan, un proveedor/centro de atención médica fuera de la red no es un reclamante al que se le permite entablar una demanda u otra acción legal para obtener los beneficios del Plan.

La ley también le permite a usted buscar reparación bajo la Sección 502 (a) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados sin agotar estos procedimientos de apelación si el Plan no los ha seguido adecuadamente.

Además, no está obligado a agotar la revisión externa antes de buscar un recurso judicial.

Para los beneficios por incapacidad, no se puede presentar (iniciar) una demanda más de **tres (3) años** después del comienzo de la incapacidad.

Autoridad Discrecional del Administrador del Plan y Delegados

Para cumplir con sus respectivas responsabilidades bajo el Plan, el Administrador del Plan o su delegado, otros fiduciarios del Plan y las aseguradoras o administradores de cada Programa del Plan, tienen plena autoridad discrecional para interpretar los términos del Plan, resolver ambigüedades, y para determinar la elegibilidad y el derecho a los beneficios del Plan de acuerdo con los términos del Plan. El Administrador del Plan también tiene la facultad discrecional de tomar todas las determinaciones fácticas que surjan en virtud del Plan y cualquier reclamación de beneficios en virtud del mismo, y aplicar los hechos a los términos del Plan.

Cualquier revisión de una decisión o acción final del Administrador del Plan se basará solo en la evidencia presentada o considerada por el Administrador del Plan en el momento en que tomó la decisión que es objeto de revisión. Cualquier interpretación o determinación efectuada por esta autoridad discrecional tendrá plena vigencia, a menos que se pueda demostrar que la interpretación o determinación fue arbitraria y caprichosa.

Eliminación de Conflictos de Intereses

Para garantizar que las personas involucradas en la adjudicación de reclamaciones y apelaciones (como los árbitros de reclamaciones y los expertos médicos) actúen de manera independiente e imparcial, las decisiones relacionadas con el estatus de empleo de esas personas (como las decisiones relacionadas con la contratación, compensación, promoción, terminación o retención), no se tomarán sobre la base de si es probable que esa persona respalde una denegación de beneficios.

Facilidad de Pago

Si el Consejo Directivo (como Administrador del Plan) o su delegado determina que usted no puede presentar una reclamación o probar que usted o su Dependiente cubierto pagaron alguno o todos los cargos por los servicios de atención médica que están cubiertos por el Plan porque es incapaz, está incapacitado o en coma, el Plan puede, a su discreción, pagar los Beneficios del Plan directamente a los profesionales de atención médica que proporcionaran los servicios o suministros de atención médica, o a cualquier otra persona que le provea atención y apoyo. Cualquier pago de los Beneficios del Plan eliminará por completo las obligaciones del Plan en la medida de ese pago. Ni

el Plan, el Consejo Directivo, el Administrador de Reclamaciones correspondiente ni ningún otro delegado del Administrador del Plan estarán obligados a atender la solicitud del dinero así pagado.

Capítulo 16: GLOSARIO DE TÉRMINOS

Este capítulo incluye información sobre:

- La definición (glosario) de ciertos términos y palabras utilizados en este documento

Las siguientes son definiciones de ciertos términos y palabras utilizados en este documento o que serían útiles para comprender los servicios de atención médica cubiertos o excluidos. Estas definiciones no amplían la cobertura del Plan y no deben interpretarse en ese sentido. Ciertas definiciones relacionadas con la administración de reclamaciones y las apelaciones de reclamaciones se encuentran en el capítulo “Presentación y Apelaciones de Reclamaciones” de este documento. Las definiciones se **muestran en orden alfabético** en este Capítulo.

Abuso de sustancias o trastorno por consumo de sustancias se refiere a alcoholismo, drogadicción o abuso de drogas.

Acuerdo de Fideicomiso significa el Acuerdo de Fideicomiso modificado y reformulado que establece el Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar, reimpresso el 1 de agosto de 2004, y cualquier modificación, enmienda, extensión o renovación del mismo.

Acuerdo de Negociación Colectiva se refiere a:

- el Acuerdo Laboral Maestro u otro acuerdo entre la Unión y un Empleador Contribuyente (ya sea directamente o por causa de la afiliación de tal Empleador Contribuyente a una asociación de empleadores que tiene un acuerdo con la Unión) que cubre el trabajo realizado por un Carpintero activo para tal Empleador Contribuyente y que obliga a este Empleador Contribuyente a contribuir con el Fideicomiso con respecto al trabajo (o que, de alguna otra forma, obliga a tal Empleador Contribuyente con respecto a al trabajo) de una manera sustancialmente idéntica a las obligaciones impuestas con respecto al Fideicomiso a los empleadores que están obligados por el Acuerdo Laboral Maestro,
- un acuerdo de sustitución,
- alguna ampliación, modificación, renovación, sustitución o continuación de un acuerdo descrito en las dos cláusulas precedentes de esta definición.

Acuerdo de Sustitución significa un acuerdo:

- a. entre la Unión y un empleador contribuyente que cubre el trabajo realizado por un carpintero activo y contempla que el trabajo constituirá horas trabajadas en las condiciones relativas a las contribuciones y otras obligaciones del empleador contribuyente al Fideicomiso que se describen en el acuerdo, condiciones que no imponen obligaciones al empleador contribuyente con respecto al Fideicomiso que son sustancialmente similares a las impuestas a los empleadores que están sujetos al Acuerdo Maestro de Trabajo; y
- b. que es aprobado por el Consejo o el Comité de Beneficios de Atención Médica.

Acuerdo Maestro de Trabajo significa el Acuerdo Maestro de Trabajo entre la Unión y United General Contractors, Inc., y cualquier extensión, modificación, renovación, reemplazo o sucesor del mismo.

Acuerdo recíproco significa un acuerdo entre dos o más Fideicomisos o planes de empleadores múltiples para permitir que el empleo cubierto de un empleado en la jurisdicción de otro plan se acredite para un beneficio en el Plan de origen del empleado.

Administrador del Plan se refiere al Consejo Directivo del Plan de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar.

Agencia de Atención Médica Domiciliaria se refiere a una organización o una agencia que cumplen con los requisitos para participar como una “Agencia de Atención Médica Domiciliaria” en virtud de Medicare.

Año calendario hace referencia al período de tiempo del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año.

Año del Plan significa el año fiscal del Plan para las obligaciones de auditoría, control financiero, administrativo y de presentación de informes y divulgación conforme a ERISA, y será el Año Calendario.

Aparato protésico (o dispositivo): un tipo de aparato o dispositivo correctivo diseñado para el reemplazo total o parcial de una parte faltante del cuerpo, incluidos, entre otros, extremidades y ojos artificiales, o un marcapasos cardíaco.

Aparatos correctivos: El término general para aparatos o dispositivos que soportan una parte del cuerpo debilitada (ortóticos) o reemplazan una parte del cuerpo faltante (protésicos).

Articulación temporomandibular (ATM), Trastorno de la articulación temporomandibular (TMD), Disfunción o Síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ) significa que la articulación temporomandibular (o craneomandibular) (TMJ) conecta el hueso de la sien o cráneo (hueso temporal) con la mandíbula inferior (la mandíbula). La disfunción o síndrome de TMJ o TMD se refiere a una variedad de síntomas cuya causa en general no está claramente establecida, incluidos, entre otros, trastornos musculares masticatorios que producen dolor punzante intenso en la articulación temporomandibular y alrededor de ella (a veces empeora al masticar o hablar), dolor miofacial (dolor en los músculos de la cara), dolores de cabeza, dolor de oído, limitación de la articulación, chasquidos durante la masticación, tinnitus (zumbidos, rugidos o siseos en uno o ambos oídos) y/o deficiencia auditiva. Estos síntomas pueden estar asociados con condiciones como maloclusión (defecto en las superficies de mordida de los dientes que impide que se encuentren correctamente), dentaduras postizas mal ajustadas o trastorno interno de la articulación temporomandibular.

Asesoramiento genético significa servicios de asesoramiento brindados antes de las pruebas genéticas para informar al paciente sobre cuestiones relacionadas con anomalías cromosómicas o características de transmisión genética y/o los posibles impactos de los resultados de las pruebas genéticas. Los servicios son proporcionados después de las pruebas genéticas para explicar al paciente y a su familia la importancia de cualquier anomalía cromosómica o características de transmisión genética detectadas que indiquen la presencia o la predisposición a una enfermedad o trastorno de la persona examinada, o la presencia o predisposición a una enfermedad o trastorno en el feto de una mujer embarazada para permitir que la paciente tome una decisión informada.

Asistencia de Apoyo se refiere a la atención suministrada a una Persona Elegible que:

- padece de una incapacidad física o mental, la que se espera que continúe y sea prolongada,
- requiere un entorno protegido, monitoreado o controlado, ya sea en una institución o en el hogar; y
- requiere asistencia para obtener los elementos esenciales para la vida diaria; y
- no está bajo tratamiento médico, quirúrgico o psiquiátrico/abuso de sustancias, activo o específico, que reducirá la incapacidad en la medida necesaria para permitir al paciente funcionar fuera del entorno protegido, supervisado o controlado.

Esta definición específica se encuentra en la Ley federal de Atención Médica de Dependientes y en las normas que regulan esta Ley y la definición de asistencia de apoyo a partir de la fecha de entrada en vigencia de la actualización del Documento del Plan/SPD (Descripción del Resumen del Plan). Estas autoridades proporcionan mayor orientación en cuanto al significado de la asistencia de apoyo a efectos del Plan.

Atención de la salud conductual/Atención psiquiátrica se refiere a cualquier tratamiento o el diagnóstico para una condición o trastorno que lleva consigo un diagnóstico psicopatológico contenido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (edición actual) de la Asociación Americana de Psiquiatría (o cualquier edición posterior o su revisión), con independencia de si resulta ser, en su totalidad o en parte, consecuencia de una causa congénita, hereditaria, bioquímica, ambiental o de otra causa fisiológica. Salud conductual es un término general que se refiere a la salud mental y/o el abuso de sustancias o trastornos por uso de sustancias.

Beneficios de salud esenciales (EHB) se refieren a los siguientes beneficios definidos como Beneficios de salud esenciales en virtud de la Ley de Cuidado de Salud Asequible: servicios para pacientes ambulatorios; servicios de emergencia; hospitalización; cuidado de maternidad y recién nacido; servicios de salud mental y trastorno por uso de sustancias, incluido el tratamiento de salud conductual; medicamentos con receta; servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación; servicios de laboratorio; servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos que incluyen atención bucodental y de la visión. De conformidad con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), no hay límites anuales o de por vida en dólares en “Beneficios de salud esenciales” en el Plan Médico PPO de Anthem. El Consejo Directivo eligió el plan de referencia estatal de Utah para determinar cuáles son los “Beneficios de salud esenciales”.

Cargo permitido/Cantidad permitida/Cargo admisible/Tarifa máxima admisible para el Plan médico PPO: se refieren a la cantidad que este Plan permite como pago por servicios o suministros cubiertos elegibles médicamente necesarios. El administrador del plan o su delegado determina que la cantidad del cargo permitido sea la **más baja** de:

1. **Con respecto a un proveedor de la red**, la cantidad del cargo permitido significa la tarifa/tarifa negociada establecida en el acuerdo entre el proveedor/centro de atención médica o dental de la red participante y la red o el plan; **o**
2. **Con respecto a un proveedor que no pertenece a la red**, la cantidad del Cargo permitido significa el programa que enumera las cantidades en dólares que el Plan ha determinado que permitirá para los servicios o suministros cubiertos elegibles médicamente necesarios realizados por proveedores fuera de la red.
3. Para un proveedor/centro de atención médica de la red cuyo contrato de red estipula que no tienen que aceptar la tarifa/tarifa negociada de la red para reclamaciones que involucran a un tercero pagador, incluidos, entre otros, seguro de automóvil, compensación de trabajadores u otro seguro individual, o donde este Plan puede ser un pagador secundario, la cantidad del Cargo permitido bajo este Plan es la tarifa/tarifa negociada que el Plan habría pagado si la reclamación hubiera sido procesada como una reclamación de la red; **o**
4. **La cantidad descontada negociada que un proveedor que no pertenece a la red acordó**, reduciendo los cargos facturados originales del proveedor a una cantidad descontada más baja, **o**
5. El **cargo facturado real** del proveedor de atención médica o de atención dental/del centro.

Se considera que se ha incurrido en un cargo en la fecha en la que se prestó el servicio o el suministro por el cual se hace el cargo.

El plan no siempre pagará beneficios iguales a o basados en el cargo real del proveedor de atención médica o dental por los servicios o suministros de atención médica, incluso después de que haya

pagado el deducible, copago y/o coseguro aplicables. Esto se debe a que el Plan cubre solo la cantidad del “Cargo permitido” para los servicios o suministros de atención médica.

La lista de cantidades de Cargos permitidos del Plan no se basa ni pretende reflejar tarifas que son o pueden describirse como usuales y habituales (U&C), razonables y habituales (R&C), usuales, habituales y razonables (UCR), prevalecientes o cualquier término similar.

El Plan se reserva el derecho de que la cantidad facturada de una reclamación sea revisada por una firma/proveedor de revisión médica independiente para ayudar a determinar la cantidad que el Plan permitirá para la reclamación presentada.

El Plan se reserva el derecho de negociar con un proveedor que no sea de la red para reducir sus cargos facturados a una cantidad menor y con descuento. La negociación puede ser realizada por el Administrador del Plan o su delegado. Un Delegado puede incluir, entre otros, a una Compañía de Administración de Utilización, un Administrador de Reclamaciones, un abogado, un operador de límite de pérdidas o *stop loss*, una firma de revaloración de reclamaciones médicas, una firma de negociación de descuentos o una red envolvente/secundaria. Esta cantidad descontada negociada se convertirá en la cantidad de “Cargo permitido” sobre la cual el Plan basará su pago por los servicios cubiertos para el proveedor que no pertenece a la red, teniendo en cuenta las disposiciones de costo compartido del Plan, el diseño del Plan en la red/fuera de la red y cualquier Disposición especial de reembolso adoptada por el Plan.

De conformidad con la ley federal, con respecto a los Servicios de emergencia prestados en una sala de emergencias (ER) fuera de la red, la asignación del plan para las tarifas de las instalaciones de visitas a la sala de emergencias y las tarifas profesionales de la sala de emergencias es pagar la **mayor** de:

- a) la cantidad negociada para los proveedores de la red (la cantidad promedio si es más de 1 cantidad para los proveedores de la red),
- b) 100% de la fórmula de pago habitual del Plan (denominada Cargo permitido en este Plan), reducida por costo compartido,
- c) (cuando la base de datos esté disponible), la cantidad que pagaría Medicare Parte A o B, se reduce por el costo compartido.

AVISO: La facturación del saldo se produce cuando un proveedor de atención médica factura a un paciente los cargos (que no sean copagos, coseguros o deducibles) que exceden el pago del plan por un servicio cubierto. Si utiliza un proveedor fuera de la red, ese proveedor puede facturarle el saldo. Es posible que la facturación de saldo no se aplique a los servicios de emergencia en una sala de emergencias de un hospital en los casos en los que la ley estatal prohíba que una persona deba pagar los cargos facturados por el saldo o cuando el plan sea contractualmente responsable de los cargos.

Carpintero activo significa un empleado que no es un carpintero retirado y que realiza un trabajo cubierto por un acuerdo de negociación colectiva. Cuando se especifica en el acuerdo de negociación colectiva, Carpintero Activo también incluye a un oficial de Carpintero Activo y a un Aprendiz de Carpintero Activo. A los efectos de esta definición, un carpintero retirado que utiliza su cuenta de reserva (a veces denominado su “banco”), para la elegibilidad se considera un Carpintero activo.

“Centro Ambulatorio” se refiere a una entidad distinta que funciona exclusivamente con el propósito de proveer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes y que cumple con todos los siguientes requisitos:

- Opera bajo la supervisión de un Médico.
- Tiene al menos un quirófano disponible para cirugía.
- Tiene un anestesiólogo u otro médico calificado en técnicas de reanimación presente en el lugar

o inmediatamente disponible cada día en que se practique una cirugía, hasta que todos los pacientes que hayan sido sometidos a cirugía ese día reciban el alta.

- Mantiene un registro clínico de cada paciente.
- Tiene, para los pacientes que requieran hospitalización, un acuerdo de traslado por escrito con un Hospital cercano al Centro Ambulatorio o permite cirugías practicadas solo por médicos que tengan privilegios quirúrgicos de admisión y similares en un Hospital cercano al Centro Ambulatorio.
- Tiene licencia de clínica quirúrgica o entidad similar dentro del estado donde se encuentra, o, en ausencia de un requisito de licencia por el estado donde se encuentra, está acreditado por la Accreditation Association for Ambulatory Health Care, Inc.

Centro de Atención Prolongada (también puede denominarse **Centro de Enfermería Especializada**) se refiere a una institución que se dedica principalmente a proporcionar a pacientes hospitalizados (1) atención de enfermería y servicios relacionados para pacientes que requieren atención médica o de enfermería; o (2) servicios de rehabilitación para la rehabilitación de personas enfermas, heridas o incapacitadas, (3) y que satisface los siguientes requisitos:

- Se dedica regularmente a proporcionar atención de enfermería especializada a personas enfermas o heridas bajo la supervisión de un médico o un enfermero diplomado las 24 horas del día.
- Tiene a su disposición en todo momento los servicios de un Médico que es parte del personal de un Hospital.
- Tiene en servicio las 24 horas del día un Enfermero Registrado, un enfermero con licencia profesional (LVN) o un enfermero práctico especializado, y tiene un Enfermero Registrado en servicio al menos 8 horas por día.
- Lleva una historia clínica de cada paciente.
- No es, excepto incidentalmente, un lugar de descanso, un lugar de atención supervisada, un lugar para ancianos, un lugar para drogadictos o alcohólicos, un hotel o una institución similar.
- No es, excepto incidentalmente, un lugar de descanso, un lugar de atención supervisada, un lugar para ancianos, un lugar para drogadictos o alcohólicos, un hotel o una institución similar.
- Cumple con todas las licencias y otros requisitos legales, y es reconocido como un “Centro de Atención Prolongada” por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de conformidad con el Título XVII de la Ley de Seguro Social de 1965, y sus enmiendas.

Centro de enfermería especializada (SNF): Consulte la definición de Centro de Atención Prolongada.

Centro de tratamiento de abuso de sustancias se refiere a un hospital de recuperación de dependencia de sustancias químicas con licencia del estado donde se prestan los servicios. Este término incluye también un centro para el tratamiento del alcoholismo, la drogadicción o el abuso de drogas que cuente con licencia de la autoridad gubernamental competente para proporcionar servicios de desintoxicación, asesoramiento y rehabilitación. Los servicios prestados por un Centro de Tratamiento deben estar a cargo de un médico, un psicólogo con licencia, un trabajador social clínico con licencia o un consejero sobre alcoholismo certificado por el Estado.

Centro de Tratamiento Psiquiátrico, tal como se aplica al tratamiento de una condición nerviosa o mental o de salud conductual, se refiere a un hospital o una institución que incluye un centro de tratamiento con internación, o una parte diferenciada de un hospital, que cumple con todos los siguientes requisitos:

- a. Se dedica principalmente a proporcionar, a cambio de una contraprestación por parte de sus pacientes, un programa para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos mentales o nerviosos. No es principalmente una escuela o una institución recreativa, de supervisión o de capacitación.

- b. Proporciona, o tiene un acuerdo con un hospital en el área para que proporcione, servicios médicos para el tratamiento de cualquier enfermedad o herida física que se manifieste durante el período de tratamiento.
- c. Está bajo la supervisión continua de un médico psiquiatra que tiene la responsabilidad general de coordinar la atención al paciente y que además está en la institución con regularidad.
- d. Su personal está compuesto por médicos psiquiatras que están directamente involucrados en el programa de tratamiento, con al menos uno presente en todo momento durante el programa de tratamiento, y proporciona continuamente el servicio de enfermeros registrados psiquiátricos y trabajadores sociales psiquiátricos con licencia.
- e. Prepara y sigue un plan de tratamiento individual por escrito para cada paciente en función de una evaluación con fines de diagnóstico de las necesidades médicas, psicológicas y sociales del paciente con la documentación que garantiza que el plan está bajo la supervisión de un médico psiquiatra.
- f. Satisface todas las normas de licencia aplicables establecidas por la jurisdicción donde se encuentra.
- g. Proporciona servicios continuos de enfermería especializada bajo la dirección de un enfermero registrado de tiempo completo, con personal de enfermería con licencia que está de servicio en todo momento.

Cirugía o tratamiento cosméticos se refiere a la cirugía o tratamiento médico destinados exclusiva o principalmente a mejorar o preservar la apariencia física, pero no la función física. La cirugía o tratamiento cosmético incluye, entre otros, la eliminación de tatuajes, el aumento del busto, excepto cuando sea requerido por la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer en la mujer (WHCRA), u otro tratamiento médico, dental o quirúrgico previsto para restaurar o mejorar la apariencia física, según lo determinado por el Consejo o su delegado.

Cirugía: Cualquier procedimiento quirúrgico o de diagnóstico realizado en el tratamiento de una herida o enfermedad mediante instrumental o procedimiento de corte a través de una incisión o cualquier abertura natural del cuerpo. Cuando se realiza más de un procedimiento quirúrgico a través de la misma incisión o campo quirúrgico o en la misma sesión operativa, el Administrador del Plan o su Delegado determinarán qué procedimientos quirúrgicos se considerarán procedimientos separados y cuáles se considerarán incluidos como procedimiento único con el propósito de determinar los beneficios del Plan. Cuando los procedimientos se consideren procedimientos separados, se permitirán los siguientes porcentajes del Cargo permitido como beneficio del Plan:

1. Subsidios para cirugías múltiples a través de la misma incisión o campo operativo:

Procedimiento primario	100% del cargo permitido
Procedimientos secundarios y adicionales	50% del cargo permitido por procedimiento

2. Subsidios para cirugías múltiples a través de incisiones o campos operativos separados practicadas en la misma sesión operativa:

Procedimiento primario del primer sitio	100% del cargo permitido
Procedimiento secundario y procedimientos adicionales del primer sitio	50% del cargo permitido por procedimiento
Procedimiento primario y procedimientos adicionales del segundo sitio	50% del cargo permitido por procedimiento

COBRA significa la Ley de Reconciliación Presupuestaria Omnibus Consolidada.

Comité de Apelaciones significa el Comité de Beneficios del Consejo Directivo, que está compuesto por miembros de este Consejo designados por él, que tiene la autoridad que el Consejo le asigna periódicamente, con respecto a la consideración del nivel final de las apelaciones de las personas elegibles (o que fueron elegibles) concerniente a la disposición de otro Delegado de reclamaciones de beneficios bajo el Plan.

Consejo significa el Consejo Directivo establecido por el Acuerdo de Fideicomiso.

Cónyuge significa una persona que está **legalmente casada** con el empleado según la ley estatal. El Plan puede requerir **prueba** de la relación matrimonial legal. Los siguientes no están definidos como Cónyuge bajo este Plan y, por lo tanto, **no son elegibles** para la cobertura:

- a. un cónyuge legalmente separado, incluso si una sentencia de divorcio, una orden judicial u otra acción legal requiere que un empleado continúe proporcionando cobertura al excónyuge,
- b. una pareja doméstica (tenga en cuenta que una pareja doméstica puede estar cubierta como dependiente en una póliza de seguro de vida como se explica en el capítulo de elegibilidad de este documento).
- c. una unión civil,
- d. un excónyuge divorciado (un excónyuge) de un empleado, incluso si una sentencia de divorcio, una orden judicial u otra acción legal requiere que un empleado continúe proporcionando cobertura para el excónyuge,
- e. un matrimonio de derecho común (a menos que el matrimonio de derecho común fuera reconocido como válido por las leyes del estado de residencia), o
- f. un cónyuge de un hijo dependiente.

Copago significa la cantidad fija en dólares que una persona elegible es responsable de pagar.

Coseguro significa el porcentaje de gastos de atención médica cubiertos que una persona elegible es responsable de pagar.

CSAC significa Administración Corporativa de Carpinteros del Sudoeste.

Deducible/Cantidad deducible significa la parte del costo de los Cargos permitidos que debe pagar una persona elegible antes de que el Plan comience a pagar los servicios cubiertos.

Delegado significa un subcomité del Consejo, u otra persona o entidad a quien el Consejo, por este Plan, por resolución escrita adoptada de conformidad con el Artículo VI del Acuerdo de Fideicomiso, por la firma de un acuerdo administrativo para el procesamiento de reclamaciones (incluido el Acuerdo de Servicios Administrativos más reciente con Anthem Blue Cross para el procesamiento de reclamaciones médicas para este Plan), o la práctica de muchos años, ha delegado una parte de su autoridad discrecional con respecto a la administración del plan, e incluirá, sin limitación, a la Oficina administrativa, el Comité de Beneficios e incluye una aseguradora, una organización de mantenimiento de la salud, una organización de atención administrada o una entidad similar (que no sea un PBM que no haya reconocido el estado fiduciario) que acepta proporcionar algunos de los beneficios del Plan.

Dentista se refiere a un odontólogo que actúa dentro del ámbito de su licencia, que tiene el título de Doctor en Cirugía Dental (DDS, por sus siglas en inglés) o Doctor en Medicina Dental (DMD, por sus siglas en inglés) y que está legalmente autorizado para ejercer la odontología conforme las leyes del estado o jurisdicción donde se prestan los servicios.

Dependiente

a. **En general:** Sujeto a las condiciones, limitaciones y requisitos establecidos en los puntos (b) y (c) a continuación, un Dependiente de un Carpintero activo o Empleado de Categoría Especial incluye a las siguientes personas:

- **El cónyuge legal.** El cónyuge legalmente casado es elegible. El cónyuge que está separado legalmente del Carpintero activo o Empleado de Categoría Especial no es elegible. Consulte también la definición de cónyuge en este capítulo del glosario.
- **Un hijo dependiente (que no sea para el seguro de vida y otros beneficios no relacionados con la salud)** que esté casado o soltero hasta el último día del mes en que el hijo dependiente cumpla 26 años. (Consulte la subsección “c” a continuación con respecto a la elegibilidad para los hijos Dependientes de 19 o 23 años de edad para el seguro de vida y otros beneficios no relacionados con la salud). Hijo Dependiente de un Carpintero Activo o un Empleado de Categoría Especial es:
 - **Hijo natural**
 - El **hijastro** (a los efectos de este Plan, el término “hijastro” incluirá solo a los hijos del cónyuge legítimo del Carpintero activo o del Empleado de Categoría Especial).
 - **El hijo que ha sido adoptado legalmente** o entregado en adopción a un Carpintero activo o un Empleado de Categoría Especial antes de los 18 años de edad, demostrado mediante orden judicial aplicable a nivel nacional para la adopción legal del menor, donde el significado de tal orden es que el Carpintero activo o el Empleado de Categoría Especial tienen responsabilidad legal por la custodia y el mantenimiento del menor. Un Hijo Dependiente “entregado en adopción” se refiere a una persona menor de 18 años de edad, respecto de la cual el Carpintero activo o el Empleado de Categoría Especial han asumido, y continúan haciéndolo, la obligación legal de la manutención total o parcial como anticipo de la adopción de esa persona.
 - El hijo respecto del cual el Carpintero activo o el Empleado de Categoría Especial o su cónyuge han sido nombrados **Tutores Legales de oficio** antes de los 18 años de edad y cuentan con una orden judicial aplicable a nivel nacional garantizando la Tutoría Legal del menor, significado es que el Carpintero activo o el Empleado de Categoría Especial tienen la responsabilidad legal de la custodia y manutención del menor. El menor debe ser elegible para cobertura médica libre de impuestos como “hijo que califica” o “familiar que califica” en virtud de los requisitos aplicables del Código de Ingresos Internos, artículos 152(c) o 151(d), respectivamente. En caso de que la Oficina administrativa determine, a su total criterio, que puede satisfacer los requisitos de información fiscal actuando por sí sola, sin obligación de retención que no sea aquella sobre el Empleador Contribuyente, sobre una base administrativamente factible, se podrá renunciar a la limitación de la oración anterior. **Tutor legal significa** una persona reconocida por un tribunal de justicia de los EE. UU. que tiene el deber de cuidar a un menor y administrar la propiedad y los derechos del menor.

Otros hijos Dependientes incluyen:

- 1) **Hijo adulto discapacitado:** Un hijo dependiente soltero que, en el último día del mes en que el hijo dependiente cumpla 26 años y de forma continua a partir de entonces, es
 - incapaz de participar en una actividad lucrativa sustancial debido a un impedimento físico o mental médicamente determinable del que se puede esperar que provoque el fallecimiento, o que haya durado, o del que se pueda esperar que dure, un período continuo de no menos de doce (12) meses, siempre que el Hijo dependiente fuera un Dependiente elegible en el momento en que la cobertura terminara debido a la edad, y

- el Carpintero Activo o el Empleado de Clase Especial proporciona más de la mitad de la manutención del Hijo Dependiente para el Año Calendario y es elegible para cobertura de salud libre de impuestos como “hijo que califica” o “familiar que califica” bajo los requisitos aplicables del Código de Ingresos Internos, artículos 152 (c) o 152 (d), respectivamente.
 - En caso de que la Oficina administrativa determine, a su total criterio, que puede satisfacer los requisitos de información fiscal actuando por sí sola, sin obligación de retención que no sea aquella sobre el Empleador Contribuyente, sobre una base administrativamente factible, se podrá renunciar a la limitación de las dos oraciones anteriores.
 - Un hijo de quien su cobertura bajo este Plan ha finalizado debido a que alcanzó el límite de edad, no es elegible para volver a inscribirse en una fecha posterior como hijo adulto discapacitado dependiente en virtud de este Plan.
- 2) Un **beneficiario de la Orden Calificada de Asistencia Médica para Menores (QMCSO)** significa un niño que es una persona elegible en virtud de una orden de apoyo médico calificada o una notificación nacional de asistencia médica.

b. Exclusiones a la Definición de Dependiente

- **Los siguientes niños no son elegibles bajo el Plan:** hijo adoptivo, hijo de una pareja doméstica, nieto y sobrina/sobrino, a menos que al empleado se le haya concedido la custodia legal o la tutela del niño.
- Si un Dependiente reclama que tal condición es consecuencia de la relación con más de un Carpintero activo o Empleado de Categoría Especial, el Dependiente deberá elegir indefectiblemente, de acuerdo con los procedimientos establecidos por la Oficina administrativa, derivar la condición de Dependiente de una de las dos personas (conforme a alguna Orden Calificada de Asistencia Médica para Menores).
- Los padres o hermanos de los Carpinteros activos, de los Empleados de Categoría Especial o de los cónyuges de tales Personas Elegibles no son Dependientes en virtud de este Plan bajo ninguna circunstancia.
- Un cónyuge que es elegible como Carpintero activo o Empleado de Categoría Especial no puede ser también elegible como Dependiente, a menos que el cónyuge sea también un hijo dependiente de menos de 26 años de edad.
- Un niño que tiene derecho a ser elegible como dependiente no puede convertirse en elegible de forma simultánea como un Carpintero activo o un Empleado de Categoría Especial.
- En caso de que un menor tenga derecho a la cobertura como Dependiente de más de un Carpintero activo o Empleado de Categoría Especial, no habrá duplicación de beneficios ni beneficios adicionales en virtud de este Plan.

c. Definición especial de dependiente para el seguro de vida y otros beneficios no médicos

- La definición de Dependiente anterior se aplica a los efectos de ser una Persona Elegible para los beneficios médicos, dentales, de la visión y de medicamentos recetados. Para otros beneficios brindados por el Plan, tales como seguro de vida, no se exige que el Plan extienda, ni lo hace, la cobertura a Hijos Dependientes hasta los 26 años y a partir del 1 de enero de 2012. Para tales beneficios, (i) los siguientes dos primeros puntos serán aplicables en lugar del segundo punto indicado previamente en “En General”, y (ii) el tercer punto será aplicable en lugar del tercer punto indicado previamente “En General”.

- Un hijo dependiente soltero hasta el final del mes en que cumple los 19 años y después, siempre que el Carpintero activo o el Empleado de Categoría Especial brinden más de la mitad de la manutención del Hijo Dependiente para el Año Calendario.
- Un hijo dependiente soltero que no ha cumplido los 23 años y está soltero, bajo la manutención del empleado, no está empleado en la modalidad de tiempo completo y es estudiante de tiempo completo en una institución educativa acreditada (conforme los estándares de esa entidad para estudiantes de tiempo completo), y siempre que el Carpintero activo o Empleado de Categoría Especial proporcionen más de la mitad de la manutención del hijo dependiente durante el año calendario, y, además, siempre que la pérdida de tal condición de estudiante por razones protegidas por la “Ley Michelle” no dé lugar a la pérdida de tal condición de conformidad con la ley. Respecto del seguro de vida, usted debe proporcionar, en el caso de sus hijos, una copia de su declaración de impuestos federales más reciente que demuestre que usted declara a sus hijos como sus dependientes.
- Un hijo dependiente soltero que en el último día del mes en el cual cumple 19 años y de forma continua a partir de entonces, no sea capaz de participar en una actividad lucrativa sustancial en razón de algún impedimento físico o mental médicamente determinable, del que puede esperarse que resulte en el fallecimiento, o del que puede esperarse que dure un período continuado no menor de (12) doce meses, siempre que el hijo dependiente fuera un dependiente elegible en la cobertura al momento en que la cobertura terminara debido a la edad y además, siempre que el Carpintero activo o el Empleado de Categoría Especial proporcionen más de la mitad de la manutención del hijo dependiente para el año calendario. La documentación adecuada se debe presentar a la Oficina administrativa dentro de los 60 días a partir de la fecha de terminación para el dependiente y de manera periódica, según lo requiera la Oficina administrativa.

Emergencia se refiere a una condición médica que se manifiesta por medio de síntomas agudos y con la gravedad suficiente (incluido el dolor agudo) como para que una **persona razonable y prudente**, con conocimientos promedio de salud y medicina, considere que la falta de atención médica inmediata podría provocar daños graves de diversos tipos.

- En el caso de un trastorno de salud conductual, podría esperarse razonablemente que la falta de tratamiento suponga un peligro inmediato de que el paciente se lastime a sí mismo y/o a otras personas, o que no pueda proporcionar o utilizar alimentos, refugio y ropa debido a un trastorno mental.
- Con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones, no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o el traslado puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

Empleado de Categoría Especial se refiere a un empleado de un empleador que está relacionado con la Hermandad Unida de Carpinteros (UBC) o el plan que haya adoptado el Plan para el beneficio del empleado en virtud de normas especiales dentro del Plan que permiten la cobertura de empleados que no están afiliados a un acuerdo de negociación colectiva de la UBC. Consulte “Empleados de Categoría Especial” en el Capítulo 3 para obtener más información sobre las diferentes normas de elegibilidad del Plan que se aplican a los Empleados de Categoría Especial.

Empleador Contribuyente se refiere a:

- un empleador que está obligado con el Fideicomiso en virtud de un Acuerdo de Negociación Colectiva o
- un empleador que acordó hacer contribuciones al Fideicomiso para proporcionar cobertura bajo el Plan a uno o más tipos de empleados de Clase Especial.

Enfermera Partera Certificada se refiere a una enfermera registrada que ha adquirido los conocimientos y habilidades especiales de asistencia en el parto en un programa educativo acreditado por el Colegio Estadounidense de Enfermeras-Parteras (*American College of Nurse-Midwives*) y que está autorizada en el Estado donde practica su actividad por el Consejo de Enfermeras Registradas como Enfermera-Partera (*Board of Registered Nursing as Nurse-Midwife*).

Enfermero Registrado se refiere a una persona que actúa en el ámbito de su licencia y tiene un título/licencia de Enfermero Registrado (RN), Enfermero Registrado Certificado (RN-C), Enfermero Registrado Especialista Clínico (RNCS), Primer Auxiliar de Enfermero Registrado con Licencia del Estado (RNFA), Enfermero Registrado, Enfermero Especializado (RN/NP), Enfermero Registrado Especializado (CRNP), Enfermero Registrado de Rehabilitación (CRRN) o Enfermero Registrado Anestesiólogo Certificado (CRNA).

Entidad cubierta tiene el significado establecido en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) § 160.103 e incluye un plan de salud como el del Fideicomiso.

Equipo Médico Duradero es el equipo que:

- a. puede soportar el uso repetido;
- b. se utiliza principal y habitualmente con un fin médico;
- c. en general, no es útil para una persona que no padece una herida o enfermedad;
- d. es apropiado para el uso domiciliario.

ERISA significa la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974, y sus enmiendas.

Experimental y/o de investigación y/o no comprobado. El Administrador del Plan o su Delegado tienen la discreción y autoridad para determinar si un servicio o suministro es o debe clasificarse como Experimental y/o de Investigación o No Comprobado. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para una condición en particular no generará beneficios si el procedimiento se considera experimental, de investigación o no comprobado en el tratamiento de esa condición en particular.

Un servicio o suministro se considerará Experimental y/o de Investigación o No Comprobado si, en opinión del Administrador del Plan o su Delegado, **en función de la información y los recursos disponibles en el momento en el que se prestó el servicio o se proporcionó el suministro, o el servicio o suministro se consideró para la Autorización previa según el programa de Administración de utilización del Plan, cualquiera de las siguientes condiciones estaba presente con respecto a una o más disposiciones esenciales del servicio o suministro:**

1. El servicio o suministro se describe como una alternativa a las terapias más convencionales en los protocolos (el Plan para el curso del tratamiento médico que se está investigando) o en el documento de consentimiento (el formulario de consentimiento firmado por el paciente o firmado en su nombre) del proveedor de atención médica que presta el servicio o prescribe el suministro.
2. El servicio o suministro prescrito solo se puede dar con la aprobación de una Junta de Revisión Institucional según lo define la ley federal.
3. En opinión del Administrador del Plan o su Delegado, existe, o bien una ausencia de literatura médica, dental o científica autorizada sobre el tema, o una preponderancia de la literatura publicada en los Estados Unidos, y escrita por expertos en el campo que demuestra que expertos médicos, dentales o científicos reconocidos clasifican el servicio o suministro como experimental y/o de investigación o no comprobado; o indican que se requiere más investigación antes de que el servicio o suministro pueda clasificarse como igual o más efectivo que las terapias convencionales.

4. Con respecto a los servicios o suministros regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), se requiere la aprobación de la FDA para que el servicio y el suministro se comercialicen legalmente; y esta aprobación no se ha otorgado en el momento en que se prescribe o proporciona el servicio o suministro; o se ha presentado ante la FDA un nuevo medicamento en investigación o una nueva aplicación de dispositivo.
5. Tenga en cuenta que, según este plan médico, la característica de experimental, de investigación o no comprobado no incluye **los costos de rutina asociados con un cierto “ensayo clínico aprobado” relacionado con el cáncer u otras enfermedades potencialmente mortales**. Para las personas que participarán en un ensayo clínico, se recomienda la autorización previa para determinar si el participante está inscrito en un “ensayo clínico aprobado” y notificar a los administradores de reclamaciones del Plan que la persona puede incurrir en costos, servicios y suministros de rutina durante su participación en este ensayo. Los costos de rutina cubiertos por este Plan se analizan a continuación:
 - a. **“Costos de rutina”** significa los servicios y suministros incurridos por una persona elegible durante la participación en un ensayo clínico si los gastos estuvieran cubiertos para un participante o beneficiario que no está inscrito en un ensayo clínico. Sin embargo, el Plan no cubre servicios y suministros no rutinarios, tales como: (1) los artículos, dispositivos, servicios o medicamentos en investigación que se estudian como parte del ensayo clínico aprobado; (2) artículos, dispositivos, servicios y medicamentos que se proporcionan únicamente con fines de recopilación y análisis de datos y no para el manejo clínico directo del paciente; o (3) artículos, dispositivos, servicios o medicamentos incompatibles con los estándares de atención ampliamente aceptados y establecidos para el diagnóstico particular de un paciente.
 - b. Un **“ensayo clínico aprobado”** significa un ensayo clínico de fase I, II, III o IV realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal. El ensayo o investigación clínica debe ser (1) financiado por el gobierno federal; (2) realizado bajo una solicitud de medicamento nuevo en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); o (3) un ensayo de medicamentos que esté exento de los requisitos de solicitud de medicamentos nuevos en investigación. Los ensayos clínicos “financiados por el gobierno federal” incluyen los aprobados o financiados por uno o más de: los Institutos Nacionales de Salud (NIH), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHCRO), el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), un grupo cooperativo o centro de los NIH, CDC, AHCRO, CMS, el Departamento de Defensa (DOD), el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA); una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada por la guía de NIH para subvenciones; o el VA, el DOD o el Departamento de Energía (DOE) si el estudio ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión por pares que el Secretario del HHS determina que es comparable al sistema utilizado por los NIH y asegura una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por personas calificadas que no tienen interés en el resultado de la revisión.
 - c. Un participante o beneficiario cubierto por un plan de salud grupal es elegible para participar en un ensayo clínico y recibir beneficios de un plan de salud grupal para servicios de rutina si: (1) reúne los requisitos de elegibilidad del protocolo de un ensayo clínico aprobado; y (2) o bien el médico que remite al participante es un proveedor de atención médica en el Plan que ha determinado que la participación de una persona en el ensayo clínico aprobado es médicamente apropiada, o el participante proporciona al Plan información médica y científica que establezca que la participación en el ensayo sería médicamente apropiada.

- d. El Plan puede requerir que una persona elegible use un proveedor de la red siempre que el proveedor acepte al paciente. Este plan solo se requiere para cubrir los costos fuera de la red para los gastos de rutina del ensayo clínico si el ensayo clínico solo se ofrece fuera del estado de residencia del paciente.
- e. El Plan puede confiar en su Compañía de Administración de Utilización u otra firma de revisión médica para determinar, durante un proceso de revisión, si el ensayo clínico está relacionado con el cáncer o una condición potencialmente mortal, así como para ayudar a determinar si los costos de rutina de una persona están asociados con un “ensayo clínico aprobado”. Durante el proceso de revisión, se le puede pedir a la persona o al médico que lo atiende que presente información médica y científica que establezca la aptitud y la elegibilidad para el ensayo clínico para la condición de la persona. El Plan (sin costo para el paciente) se reserva el derecho de buscar la opinión de una firma de revisión médica con respecto a la información recopilada durante el proceso de revisión.

Consulte el Capítulo 15 de Presentación y Apelaciones de reclamaciones para obtener información sobre el proceso de apelación del Plan. Además, la revisión externa está disponible para una determinación adversa relacionada con la cobertura de los costos de rutina en un ensayo clínico. Consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los requisitos de autorización previa.

Para determinar si un servicio o suministro es o debe clasificarse como experimental y/o de investigación o no comprobado, el Administrador del Plan o su Delegado se basarán solo en la siguiente información y recursos específicos **que están disponibles en el momento en que se realizó el servicio o suministro, proporcionados o considerados para la Autorización previa según el programa de Administración de utilización del Plan:**

1. Registros médicos o dentales de la persona cubierta.
2. El documento de consentimiento firmado, o que debe firmarse, para recibir el servicio o suministro prescrito.
3. Protocolos del proveedor de atención médica que presta el servicio prescrito, o prescribe o dispensa el suministro.
4. Acreditados documentos médicos o científicos revisados por pares, que se publican en los Estados Unidos con respecto al servicio o suministro prescrito para el tratamiento del diagnóstico de la persona cubierta, y que incluyen, entre otros, “Información de dispensación de la farmacopea de los Estados Unidos”; y “Servicio de Formulario del Hospital Americano”.
5. Las opiniones publicadas de: la American Medical Association (AMA), organizaciones especializadas reconocidas por la AMA; los Institutos Nacionales de Salud (NIH); los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC); la Oficina de Evaluación de Tecnología; boletines de políticas clínicas de las principales compañías de seguros en los EE. UU., como Aetna, Anthem, CIGNA o UnitedHealthcare (UHC), MCG Care Guidelines, anteriormente Milliman Care Guidelines, la Guía de Prácticas Clínicas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), el recurso de apoyo a la decisión titulado “UpToDate”, o la Asociación Dental Americana (ADA) con respecto a los servicios o suministros dentales.
6. Leyes federales o regulaciones finales emitidas o aplicadas a la FDA o al Departamento de Salud y Servicios Humanos con respecto al servicio o suministro prescrito.
7. La última edición del “Manual de Determinaciones de Cobertura Nacional de Medicare”.

Facturación de saldo/Factura de saldo significa una factura de un Proveedor de atención médica a un paciente por la diferencia (o saldo) entre los Cargos permitidos de este Plan y lo que el proveedor realmente cobró (los cargos facturados). La facturación del saldo se produce cuando un proveedor de atención médica factura a un paciente los cargos (que no sean copagos, coseguros o deducibles) que exceden el pago del plan por un servicio cubierto.

Los proveedores de atención médica fuera de la red suelen participar en la facturación de saldos. Normalmente, los proveedores de la red no facturan saldos, excepto en situaciones de reclamos de responsabilidad de terceros. En general, usted puede evitar la facturación de saldos utilizando proveedores de la red. Las cantidades relacionadas con la facturación del saldo no están cubiertas por este plan, incluso si se alcanzan los límites de gastos de bolsillo anuales del plan.

Farmacia participante se refiere a una farmacia que está bajo contrato con el Administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM) para dispensar medicamentos recetados a personas elegibles. Consulte la Tabla de referencia al comienzo de este documento para obtener la información de contacto del Programa de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (también conocido como el Administrador de beneficios de farmacia).

Fecha efectiva significa el 1 de enero de 2019, a partir de la cual las disposiciones de este documento de SPD/Plan entrarán efectivas, excepto con respecto a las disposiciones específicas en el presente documento que prevén una Fecha efectiva distinta del 1 de enero de 2019, en cual caso la fecha proporcionada como alternativa será la Fecha efectiva de la disposición. Se aplicará una disposición para reclamaciones presentadas en y después de la fecha efectiva de la disposición.

Fideicomiso se refiere al Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar.

Formulario se refiere a una lista de medicamentos preferidos adoptados por el Plan Médico PPO de Anthem, que incluye medicamentos que son seguros, clínicamente eficaces y económicos. El Plan ha adoptado como su Formulario, en virtud del Beneficio de Medicamentos Recetados para pacientes ambulatorios del Plan Médico PPO de Anthem, una lista de medicamentos formulada por su administrador de beneficios de farmacia.

Funciones cubiertas tiene el significado establecido en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) § 164.103 e incluye las funciones de una entidad cubierta de quien el desempeño convierte a la entidad en un “plan de salud”, “proveedor de atención médica” o “centro de intercambio de información sobre atención médica” tal como se definen esos términos en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) § 160.103.

Funciones de administración del plan tienen el significado establecido en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) § 164.504 e incluyen las funciones de administración realizadas por la Oficina administrativa como Delegado del Consejo en nombre del Plan y excluye las funciones realizadas por el Consejo en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios del Fideicomiso.

Gastos médicos elegibles/Cargos elegibles: Gastos por servicios o suministros médicos, pero solo en la medida en que los gastos cumplan con todas las siguientes calificaciones según lo determinado por el Administrador del Plan o su Delegado: son médicamente necesarios, como se define en este capítulo de Definiciones; los cargos para ellos son un Cargo permitido, como se define en este capítulo de Definiciones; la cobertura de los servicios o suministros no está excluida, como se explica en el capítulo Exclusiones; no se han alcanzado los beneficios del plan de por vida, general limitado y/o máximo anual para esos servicios o suministros; y son para el diagnóstico o tratamiento de una herida o enfermedad (excepto cuando el Plan paga los servicios de bienestar/preventivos como se indica en el Programa de beneficios médicos en este documento. Se incurre en un gasto en la fecha en que se recibe el servicio o suministro.

Habilitador/Habilitación: Servicios de atención médica, como fisioterapia, terapia ocupacional y/o patología del habla y lenguaje, brindados a personas con retrasos en el desarrollo que nunca han adquirido habilidades funcionales normales. Los ejemplos de servicios de habilitación incluyen la terapia prescrita por un médico para un niño que no camina ni habla a la edad esperada.

HIPAA significa la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996, P.L. 104-191 §§ 261-62, 264, 42 USC §§ 1320d y siguientes y sus reglamentos de aplicación codificados en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) 160.101 y siguientes.

HMO es una “organización para el mantenimiento de la salud” que tiene un contrato con el Fideicomiso para proporcionar ciertos servicios médicos por una tarifa plana y que es una opción de atención médica asegurada en virtud del Plan. La HMO generalmente incluye una amplia red de proveedores de HMO en una región geográfica, y solo cubre servicios fuera de la red en casos de emergencia o cuando un proveedor dentro de la red no está disponible para proporcionar el tratamiento necesario.

Horas trabajadas significa solo:

- a. aquellas horas de trabajo de un carpintero activo para un empleador contribuyente que están cubiertas por un Acuerdo de Negociación Colectiva, y con respecto a las cuales las contribuciones del Empleador Contribuyente al Fideicomiso son obligatorias por el Acuerdo de Negociación Colectiva; a los fines de la cláusula precedente de este Artículo I, Sección 50 (a), las horas de trabajo y, por lo tanto, las horas trabajadas, no incluirán las horas de trabajo que excedan el límite periódico especificado en el acuerdo de negociación colectiva (como, por ejemplo, 35 horas en una semana calendario) a menos que el acuerdo de negociación colectiva sea un Acuerdo de Sustitución sujeto a la moratoria temporal o a las reglas de exención del Artículo I, Sección 51 (b) donde la aprobación del Consejo identifica específicamente el límite de horas e indica la intención del Consejo de que las horas de trabajo que excedan el límite se cuenten como horas trabajadas según este Artículo I, Sección 50 (a) durante el período de la moratoria temporal o exención.
- b. horas para las cuales no se requiere contribución, debido a una moratoria temporal o exención especificada en un Acuerdo de sustitución que contempla que las horas serán horas trabajadas en lo sucesivo y donde la aprobación del Consejo del Acuerdo de sustitución abarca la acreditación de horas como Horas trabajadas;
- c. horas calificadas de licencia médica o familiar acreditadas de conformidad con el Artículo II, Sección 2 (a); y
- d. horas de entrenamiento de JATC completadas por aprendices de carpintero activo de acuerdo con el Artículo II, Sección 1 (b) (5).

Hospital se refiere a una institución que:

- opera legalmente como un hospital, que (1) se dedica principalmente a proporcionar, a cambio de una contraprestación por parte de sus pacientes, sus instalaciones de internación médica y quirúrgica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o heridas o la atención del embarazo; (2) es operada bajo la supervisión del personal médico y (3) brinda continuamente servicios de enfermería a través de enfermeros registrados las 24 horas o todos los días; o

- es un hospital psiquiátrico de agudos con licencia estatal como se define en la subdivisión (b) de la Sección 1250 del Código de Salud y Seguridad de California, operando en virtud de la licencia otorgada por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de California o conforme a una renuncia a la licencia por parte del Departamento de Salud Mental del Estado de California, o que, conforme a una decisión del Consejo o su Delegado, cumple con los requisitos equivalentes de otro estado, y no es (1) una institución operada principalmente como un hogar de descanso, de enfermería, de convalecientes o para el cuidado y tratamiento de drogadictos o alcohólicos, o (2) una institución o parte de la misma que se dedica principalmente a la atención de ancianos o alguna institución dedicada a la educación de sus pacientes.

Incidente de seguridad tiene el significado para ese término establecido en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) §§ 164.304 e incluye el acceso no autorizado, el uso, la divulgación, la modificación o la destrucción de información o la interferencia en las operaciones del sistema en un sistema de información, ya sean consumados o en grado de tentativa.

Información de salud protegida (PHI) tiene el significado establecido en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) § 160.103 e incluye información de salud de identificación individual que es transmitida, recibida o mantenida en cualquier forma o medio por la entidad cubierta, pero excluye la información de salud de identificación individual en:

- registros educativos cubiertos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA), y sus enmiendas, 20 USC 1232g;
- registros descritos en 20 USC 1232 g (a) (4) (B) (iv); y
- registros de inscripción del Plan, como los registros de elegibilidad en poder de una entidad cubierta en su función de empleador.

Información de salud tiene el significado establecido en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) § 160.103 e incluye cualquier información, ya sea oral o registrada en cualquier forma o medio, que:

- es generada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud, una autoridad de salud pública, un empleador, una aseguradora de vida, una escuela o universidad o un centro de intercambio de atención médica; y
- se relaciona con la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de una persona; la provisión de atención médica a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a una persona.

Información genética significa información sobre la presencia o ausencia de anomalías cromosómicas o características de transmisión genética en una persona, que se obtiene de las pruebas genéticas o que se puede inferir del historial médico familiar de una persona.

Información sobre Salud de Identificación Individual tiene el significado establecido en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) § 160.103 e incluirá información que es un subconjunto de información sobre salud, incluida la información demográfica recogida de una persona, y:

- es generada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de intercambio de atención médica;
- se relaciona con la salud física o mental pasada, presente o futura o condición de una persona; la provisión de atención médica a una persona; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a una persona, y
- que identifica a la persona o
- con respecto a la cual existe una base razonable para creer que esa información puede usarse para identificar a la persona.

JATC significa Comité Conjunto de Aprendizaje y Entrenamiento.

Límite de gastos de bolsillo es lo máximo que un participante del Plan paga en costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) durante un período de un año (el año calendario) antes de que el plan comience a pagar el 100% de los beneficios de salud esenciales cubiertos recibidos de proveedores dentro de la red. No hay un límite de gastos de bolsillo en el uso de proveedores fuera de la red bajo el Plan Médico PPO de Anthem en este documento, excepto que los servicios de emergencia prestados en una sala de emergencias fuera de la red se acumularán para cumplir con los requisitos de límite de gastos de bolsillo de la red. El límite de gastos de bolsillo se explica más detalladamente en los capítulos 4 y 5.

Medicamento Necesario o Necesidad médica, aplicado a un servicio o un suministro, significa:

- un servicio o un suministro médico que es razonablemente necesario para el cuidado o tratamiento de una herida física o enfermedad.
- un servicio o un suministro dental que es razonablemente necesario para el cuidado dental.
- un servicio o suministro para la salud mental o un trastorno por abuso de sustancias, que sea razonablemente necesario para proporcionar tratamiento para la salud mental/trastorno por abuso de sustancias.

El hecho de que un médico recete pida, recomiende o apruebe un servicio o suministro no convierte, de por sí, en razonablemente necesario el servicio o suministro a los fines de la frase anterior. La determinación de Medicamento Necesario la hará el Consejo o su Delegado, a su exclusivo y absoluto criterio.

Sin perjuicio de alguna inconsistencia con esta definición, en caso de que el Delegado sea Anthem Blue Cross de conformidad con el Acuerdo de Servicios Administrativos para el Plan firmado por el Fideicomiso el 1 de enero de 2012 o con posterioridad, y la reclamación suponga una determinación de Medicamento Necesario por parte de tal Delegado, la reclamación será juzgada por el Delegado consistente con su definición, estándares y políticas respecto de la necesidad médica.

Medicamento significa cualquier producto que se pueda dispensar legalmente, según lo dispuesto en la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, incluidas sus enmiendas, solo con una receta escrita u oral de un médico o dentista con licencia legal para administrarlo.

Medicare hace referencia al programa establecido bajo el Título XVII de la Ley del Seguro Social (Seguro Federal de Salud para Ancianos) tal como está constituido actualmente o pueda modificarse en adelante.

Médico se refiere a una persona que actúa en el ámbito de su licencia y tiene un grado de Doctor en Medicina (MD), Doctor en Osteopatía (DO), Doctor en Medicina Podológica (DPM) o Doctor en Medicina Dental (DMD) y que está legalmente autorizado a ejercer la medicina conforme las leyes del estado o jurisdicción donde se prestan los servicios. Consulte también la definición de profesional de la salud en este capítulo del glosario.

Oficina administrativa se refiere a la oficina de la Administración Corporativa de Carpinteros del Sudoeste. La oficina administrativa principal está localizada en 533 South Fremont Avenue, Los Ángeles, California 90071-1706, (213) 386-8590 o (800) 293-1370 y de vez en cuando pueden existir oficinas satélites que se centran en las necesidades de participantes que trabajan en esas áreas. La “Oficina administrativa”, según se usa en el presente documento, incluye un delegado designado como autoridad de Administración de reclamaciones, en el grado especificado en el Contrato de Servicios Administrativos aplicable a tal delegado (incluido el Acuerdo de Servicios Administrativos suscrito con Anthem Blue Cross en la Fecha Efectiva o con posterioridad).

Opción del Plan Dental DC significa cobertura de atención dental asegurada llamada Compensación Directa (DC) por una compañía de seguros bajo contrato con el Plan.

Opción del Plan Dental DPPO se refiere a la cobertura de atención dental PPO asegurada proporcionada por una compañía de seguros bajo contrato con el Plan.

Operaciones de atención médica tiene el significado que se establece en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (C.F.R.) § 164.501 e incluyen, entre otras, cualquiera de las siguientes actividades del Plan en la medida en que las actividades estén relacionadas con funciones cubiertas:

- a. evaluación de calidad y actividades de mejora, incluidas actividades de seguridad del paciente;
- b. actividades basadas en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de la atención médica, el desarrollo de protocolos, el manejo de casos y la coordinación de la atención, el manejo de enfermedades, el contacto con proveedores de atención médica y pacientes con información sobre alternativas de tratamiento y funciones relacionadas.
- c. calificación del proveedor y del desempeño del Plan, incluidas las actividades de acreditación, certificación, licencia o verificación de credenciales;
- d. suscripción (el Plan no utiliza ni divulga la PHI que es información genética como se define en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (C.F.R.) 160.103 para fines de suscripción como se establece en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (C.F.R.) 164.502 (a) (5) (1)), calificación de tarifas y otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguro de salud o beneficios de salud, y ceder, asegurar o colocar un contrato de reaseguro de riesgo relacionado con reclamaciones de atención médica (incluido el seguro de limitación de pérdidas y el seguro de exceso de pérdidas);
- e. realización u organización de revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos programas de detección de fraude y abuso y cumplimiento;
- f. planificación y desarrollo de negocios, tales como la implementación de gestión de costos y análisis relacionados con la planificación, en conexión con la administración y operación de la entidad, incluido el desarrollo y administración del Formulario, el desarrollo o la mejora de métodos de pago o políticas de cobertura; y
- g. gestión comercial y actividades administrativas generales de la entidad, que incluyen, entre otras:
 1. actividades de gestión relacionadas con la implementación y el cumplimiento de los requisitos de HIPAA;
 2. servicio al cliente, incluida la provisión de análisis de datos para titulares de pólizas, patrocinadores del plan u otros clientes;
 3. resolución de quejas internas;
 4. la diligencia debida en relación con la venta o transferencia de activos a un sucesor potencial, si el sucesor potencial es una entidad cubierta o, luego de la finalización de la venta o transferencia, se convertirá en una entidad cubierta; y
 5. de conformidad con los requisitos aplicables del título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) § 164.514, creación de información de salud no identificada o un conjunto de datos limitado y recaudación de Fideicomisos para el beneficio de la entidad cubierta.

Ortésico (aparato o dispositivo): Un tipo de aparato o dispositivo correctivo, personalizado o disponible sin receta, diseñado para soportar una parte debilitada del cuerpo, que incluye, entre otros, muletas, corsés especialmente diseñados, aparatos ortopédicos para piernas, férulas para extremidades y andadores. Esta definición **no** incluye aparatos ortopédicos dentales.

Pago tiene el significado establecido en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) § 164.501 e incluye actividades realizadas por el Plan para obtener tarifas, determinar o cumplir con su responsabilidad de cobertura y provisión de beneficios del Plan o para obtener o proporcionar reembolso por la provisión de atención médica. Las actividades de pago incluirán, entre otras, las siguientes:

- a. determinación de las cantidades de elegibilidad, cobertura y costos compartidos (por ejemplo, costo de un beneficio, máximos del plan y copagos, según lo determinado para la reclamación de una persona);
- b. coordinación de beneficios;
- c. decisión sobre reclamaciones de beneficios de salud (incluidas las apelaciones y otras disputas de pago);
- d. subrogación de reclamaciones de beneficios de salud;
- e. cantidades de ajuste de riesgo pagaderas según el estado de salud del afiliado y las características demográficas;
- f. facturación, gestión de reclamaciones, actividades de colección, incluida la auditoría de pagos, investigación y resolución de disputas de pago y respuesta a consultas de los participantes sobre pagos, y el procesamiento de datos relacionados con la atención médica;
- g. obtención del pago en virtud de un contrato de reaseguro (incluido el seguro de límite de pérdidas y exceso de pérdidas) y el procesamiento de datos relacionados con la atención médica;
- h. revisiones de necesidad médica, o revisión de la pertinencia de la atención o la justificación de cargos;
- i. revisión de utilización, que incluye precertificación/preautorización, revisión concurrente, administración de casos y revisión retrospectiva de servicios; y
- j. divulgación a las agencias de informes del consumidor de cualquiera de los siguientes relacionados con la colección de tarifas o reembolso: nombre y dirección, fecha de nacimiento, SSN, historial de pagos, número de cuenta y nombre y dirección del proveedor y/o Plan de salud).

Patrocinador del plan tiene el significado establecido en la Sección 3 (16) (B) de ERISA y, como se usa en este documento, se referirá al Consejo Directivo del Plan de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar.

PBM significa el administrador de beneficios de farmacia que tiene contrato con el Fideicomiso.

Persona Elegible se refiere a un Carpintero activo, un Empleado de Categoría Especial, un dependiente o un participante de COBRA que tienen derecho a los beneficios del Plan porque satisfacen los requisitos de elegibilidad resumidos en el Capítulo 3 de este manual. Consulte también la definición de Cónyuge y Dependiente en este capítulo del glosario.

Plan se refiere al Plan de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar para Carpinteros Activos, reformulado el 1 de enero del 2019, según se describe en el Documento del Plan/SPD, debidamente modificado por resolución del Consejo o su Delegado autorizado, el Comité de Beneficios de Atención Médica.

Plan de visión significa un plan de visión asegurado proporcionado por una compañía de seguros bajo contrato con el Plan.

Plan dental solo dentro de la red (INO) significa un plan dental asegurado solamente dentro de la red (INO) diseñado por una compañía de seguros bajo contrato con el plan.

Plan Médico PPO de Anthem se refiere a la cobertura de atención médica PPO (administrada por Anthem) y proporcionada directamente por el Fideicomiso y descrita en detalle en este manual (Capítulos 4, 5 y 6) que es una opción de atención médica bajo el Plan. Los **medicamentos recetados para pacientes ambulatorios bajo el Plan Médico PPO de Anthem** es la cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios proporcionada directamente por el Fideicomiso a través de un contrato con un administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM), que se describe en la columna Medicamentos del Programa de Beneficios Médicos en el Capítulo 5 y que es parte del Plan Médico PPO de Anthem.

PPO se refiere a las organizaciones de proveedores preferidos con contrato con el Fideicomiso para ofrecer precios favorables por los servicios de proveedores de la red según el Plan Médico PPO de Anthem.

Profesional de la salud significa un profesional de la salud a quien el Plan reconoce como calificado para llevar a cabo ciertos servicios de atención de salud para los cuales se puede proporcionar los beneficios del Plan, e incluye a un médico y, en la medida en que los beneficios sean proporcionados por el Plan, también incluirá a los profesionales de la salud con las siguientes designaciones profesionales cuando tengan licencia o certificación estatal y cuando actúen dentro del alcance de la licencia o certificación del Proveedor:

- a. Enfermera registrada especializada (CRNP),
- b. Enfermera registrada anestesista (CRNA),
- c. Enfermera registrada de rehabilitación (CRRN),
- d. Enfermera partera certificada (CNM),
- e. Doctor en quiropráctica (DC),
- f. Doctor en odontología (DDS),
- g. Doctor en odontología médica (DMD),
- h. Doctor en medicina podiátrica (DPM),
- i. Enfermera especializada en enfermería familiar (FNP),
- j. Trabajador social clínico con licencia (LCSW),
- k. Enfermera vocacional con licencia (LVN),
- l. Maestría en enfermería, enfermera practicante (MNP),
- m. Maestría en enfermería (MSN),
- n. Maestría en trabajo social (RSU),
- o. Enfermera especializada (NP),
- p. Terapeuta ocupacional (OT),
- q. Asistente médico (PA),
- r. Asistente médico certificado (PA-C),
- s. Doctor en psicología (PsyD),
- t. Fisioterapeuta (PT),
- u. Enfermero Registrado (RN),
- v. Enfermera registrada certificada (RN-C),
- w. Enfermera registrada especialista en clínica (RNCS),
- x. Primer asistente de enfermera registrada con licencia estatal (RNFA),
- y. Enfermera registrada, enfermera practicante (RN/NP),
- z. Farmacéutico registrado (RPh),
- aa. Consejero certificado por el estado sobre alcoholismo,
- bb. Patólogo del habla o terapeuta del habla con licencia,
- cc. Perfusionista con licencia,
- dd. Paramédico con licencia,
- ee. Audiólogo con licencia,
- ff. Enfermera práctica con licencia (LPN),

- gg. Consejero licenciado en alcohol y drogas (LADC),
- hh. Trabajador social con licencia (LSW),
- ii. Fisioterapeuta registrado (RPT),
- jj. Terapeuta ocupacional registrado (ROT).

Además, el Plan a su discreción puede reconocer a un proveedor con licencia actuando dentro del alcance de la licencia del Proveedor que brinda atención de salud mental análoga a la atención médica brindada en un entorno equivalente. En virtud de este Plan, un profesional de atención médica a veces se lo menciona como proveedor reconocido.

Programa de Tratamiento con Internación Parcial (Cuidado Parcial Diurno - Hospitalización Parcial) es un programa planificado de tratamiento de salud mental/trastorno por abuso de sustancias que está sujeto a modificación favorable y administrado por un Centro de Tratamiento Psiquiátrico (salud conductual) con la modalidad de atención diurna (el programa debe estar disponible durante al menos 6 horas durante el día y al menos 5 días a la semana) o el Programa de tratamiento de internación parcial debe cumplir con todos los siguientes requisitos:

- involucra cualquier forma generalmente aceptada de evaluación y tratamiento de una condición diagnosticada como enfermedad mental que no requiere internación a tiempo completo.
- Es supervisado por un Médico que, o bien se especializa en medicina psiquiátrica o tiene, en razón de su formación o experiencia, una competencia especializada en el campo de la medicina psiquiátrica suficiente para hacer la evaluación y el tratamiento de la enfermedad mental.
- cuenta con un médico supervisor que revisa el programa y evalúa su eficacia al menos una vez a la semana.

Programa de tratamiento residencial/centro/atención: es un entorno de internación intermedio no hospitalario con atención las 24 horas que funciona los 7 días de la semana, para personas con trastornos de salud conductual, incluidos trastornos mentales (psiquiátricos) o por abuso/uso de sustancias (alcohol/drogas), trastornos que no se pueden manejar de manera segura y efectiva en la atención ambulatoria. Para ser considerado pagadero por este Plan, un establecimiento de este tipo debe tener licencia como Centro de tratamiento residencial (los requisitos de licencia para este nivel de atención residencial pueden variar según el estado). Además de la licencia, el Centro de tratamiento residencial también debe tener una constancia de que la admisión del paciente fue ordenada por un médico, una evaluación integral del paciente por escrito al momento de la admisión que incluya la elegibilidad y la adecuación para la admisión, proveedores de salud conductual con licencia in situ que brinden al menos 20 horas por semana de asesoramiento individual y grupal, y acceso las 24 horas, los 7 días de la semana, a los servicios médicos y de medicamentos recetados necesarios, junto con los criterios de alta con un resumen de alta por escrito.

Proveedor reconocido vea la definición de profesional de la salud en este capítulo del Glosario.

Pruebas genéticas son pruebas que implican la extracción de ADN de las células de un individuo y el análisis de ese ADN para detectar la presencia o ausencia de anomalías cromosómicas o características de transmisión genética que indiquen la presencia de una enfermedad o trastorno, la predisposición del individuo a una enfermedad o trastorno, o la probabilidad de que la anomalía o característica cromosómica se transmita al hijo de esa persona, quien tendrá esa enfermedad o trastorno, una predisposición a desarrollar esa enfermedad o trastorno, o se convertirá en portador de esa anomalía o característica con la capacidad de transmitirlo a las generaciones futuras.

Reglas y Regulaciones significa:

- a. la Descripción del Resumen del Plan/Documento del Plan y las enmiendas de los documentos;
- b. resoluciones del Consejo Directivo que asignan o delegan responsabilidades fiduciarias o administrativas con respecto al Plan o Fideicomiso;

- c. procedimientos escritos que respeten el Plan adoptado por el Consejo Directivo, o un comité del mismo que sea Delegado, o promulgado por la Oficina administrativa; incluidos los Procedimientos HIPAA del Plan según lo establecido y adoptado por escrito por la Oficina administrativa (más recientemente reformulado en mayo de 2012) como Delegado de cumplimiento de HIPAA del Consejo Directivo para el Plan.
- d. formularios de inscripción por escrito y políticas, procedimientos y formularios de reclamaciones por escrito con respecto al Plan, según lo promulgado por la Oficina administrativa con respecto al Plan, un proveedor descrito en el Plan o un Delegado que es un procesador de reclamaciones contratado (incluido Anthem Blue Cross de conformidad con su Acuerdo de Servicios Administrativos con el Fideicomiso que estará efectivo a partir de la Fecha Efectiva). Una decisión sobre una reclamación de la Oficina administrativa u otro Delegado, o sobre una apelación de una reclamación denegada por un Delegado o el Comité de Apelaciones, se aplicará solo a los hechos del caso y no formará parte de las Reglas y Regulaciones.

Rehabilitación activa significa terapia en la cual un paciente, que tiene la capacidad de aprender y recordar, participa activamente en la rehabilitación que tiene como objetivo proporcionar una mejora significativa y medible de una persona que tiene limitaciones y no puede realizar una función corporal normal.

Rehabilitación de mantenimiento significa la terapia en la que un paciente participa activamente, que se proporciona después de que un paciente haya cumplido los objetivos funcionales de la rehabilitación activa, de modo que no se prevea razonable y médicamente una mejora significativa y medible, pero donde la terapia adicional de una naturaleza menos intensa y de frecuencia disminuida, puede prescribirse razonablemente para mantener, apoyar y/o preservar el nivel funcional del paciente.

Rehabilitación no tiene el mismo significado que Habilidad. La rehabilitación se enfoca en restaurar/recuperar funciones que se han perdido debido a una herida o enfermedad, mientras que la habilitación se enfoca en la terapia para ayudar a un individuo a lograr ciertas funciones que nunca ha adquirido, como la terapia del habla para ayudar a un niño a aprender a hablar. Consulte también la definición de habilitación.

Consulte el Programa de beneficios médicos en el Capítulo 5 y las Exclusiones en el Capítulo 6 para determinar en qué medida están cubiertas las terapias de rehabilitación. Consulte también la definición de rehabilitación activa, rehabilitación de mantenimiento y rehabilitación pasiva en este capítulo del Glosario.

Rehabilitación pasiva se refiere a la terapia en la que un paciente **no** participa activamente porque no tiene la capacidad de aprender y/o recordar (es decir, tiene un déficit cognitivo), está en coma o es incapaz física o mentalmente de participar de manera activa. La rehabilitación pasiva puede estar cubierta por el plan durante un curso de hospitalización por cuidados agudos. Las técnicas para la rehabilitación pasiva se enseñan comúnmente a la familia/cuidadores para emplearlas de forma ambulatoria con el paciente cuando y hasta que el paciente pueda lograr la rehabilitación activa.

Servicios de atención preventiva/Servicios preventivos significa:

- servicios con una calificación “A” o “B” del Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF),
- inmunizaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades,
- y con respecto a los bebés, niños y adolescentes, y la atención preventiva y las pruebas de detección adicionales de las mujeres previstas en la guía respaldada por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), incluido Bright Futures.

- Estos sitios web (actualizados periódicamente) proporcionan más información sobre los servicios de atención preventiva: <https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/> con más detalles en
 - <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/index.html>,
 - <http://www.hrsa.gov/womensguidelines/>,
 - <https://mchb.hrsa.gov/maternal-child-health-topics/child-health/bright-futures.html>, y
 - <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations-by-date/>.

Los servicios de atención preventiva incluyen cierta atención prenatal para mujeres elegibles, lactancia materna (apoyo, suministros, alquiler de equipos y asesoramiento sobre lactancia durante esta etapa) y todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres.

Una visita al consultorio de un médico se considerará un Servicio de Atención Preventiva si el propósito principal de la visita es proporcionar un Servicio de Atención Preventiva y no se cobra ningún cargo por separado por el Servicio de Atención Preventiva brindado durante la visita.

Servicios de emergencia significa, con respecto a una condición de emergencia (definida a continuación), un examen de detección médica **dentro del Departamento de emergencias (Sala de emergencias o ER) de un hospital** que incluye servicios auxiliares disponibles habitualmente en el departamento de emergencias para evaluar la condición de emergencia, junto con examen y tratamiento médicos adicionales en la medida en que estén dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el hospital para estabilizar al paciente.

- El término “estabilizar” significa, con respecto a una condición médica de emergencia, proporcionar el tratamiento médico de la condición que sea necesario para asegurar, dentro de una probabilidad médica razonable, que no es probable que ocurra un deterioro material de la condición durante el traslado de la persona de un centro o, con respecto a una condición médica de emergencia, para dar a luz a un niño (incluida la placenta).
- El término “**condición médica de emergencia**” significa un trastorno de salud que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) como para que un **lego prudente** que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata provoque a) un peligro grave para la salud de la persona (o para una mujer embarazada, la salud de la madre o del niño por nacer), b) un deterioro grave de las funciones corporales o c) una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Servicios de rehabilitación/terapia de rehabilitación: Terapia física, ocupacional o del habla indicada por un médico cuando las funciones físicas se han visto restringidas o reducidas como resultado de una enfermedad, una herida o una cirugía, con el objetivo de mejorar o restablecer la función física en un grado significativo y mensurable tan próximo como sea razonable y médicamente posible a la condición que existía antes de la lesión, la enfermedad o la cirugía, y que es llevada a cabo por un terapeuta autorizado que actúa dentro del alcance de su licencia.

Servicios Uniformados se refiere a los Servicios Armados de los Estados Unidos (incluida la Guardia Costera), la Guardia Nacional del Ejército y la Guardia Nacional Aérea cuando estén participado en servicio activo de entrenamiento, entrenamiento de servicio inactivo o servicio de tiempo completo de la Guardia Nacional, el cuerpo comisionado del Servicio de Salud Pública y cualquier otra categoría de personas designadas por el Presidente en tiempos de guerra o de emergencia.

La Unión se refiere al Consejo Regional del Sudoeste de la Hermandad de Carpinteros y Ebanistas de los Estados Unidos y cualquier local de la unión afiliado al mismo.

Suministros no duraderos significa bienes o suministros que **no pueden resistir** el uso repetido y/o que se consideran **desechables** y limitados al uso por una sola persona o al uso único, incluidos, entre otros, vendajes, jeringas (excepto para administrar medicamentos cubiertos), pañales, jabones o soluciones de limpieza, etc. Solo los suministros no duraderos identificados en el Programa de beneficios médicos están cubiertos por este Plan. Todos los demás no lo son.

Superintendente significa una persona que alguna vez fue un Carpintero Activo (interpretado aplicando término a períodos anteriores a la fecha efectiva) que es empleado de un Empleador Contribuyente como superintendente de carpintería artesanal o auxiliar de superintendente de carpintería artesanal y que se dedica a tiempo completo, en nombre del empleador contribuyente, a la supervisión de carpinteros activos y sus capataces.

Totalmente incapacitado o **incapacidad total** significa, efectivo para solicitudes de incapacidad a partir del 1 de abril del 2018, la opinión de a) una organización de revisión independiente, o b) la Administración del Seguro Social se considerará una prueba aceptable de incapacidad total cuando solicite por primera vez Beneficios por incapacidad a largo plazo según el Plan.

Incapacidad total significa, con respecto a una persona elegible a los fines de beneficios por incapacidad a largo plazo provistos bajo el Plan, que la persona:

- a. no puede participar en ninguna actividad lucrativa sustancial debido a un impedimento físico o mental médicamente determinable del que se espera que conduzca a su fallecimiento o continúe durante al menos 12 meses, y
- b. la herida corporal o enfermedad no se debe a:
 - la comisión o intento de cometer un delito grave,
 - su participación en cualquier actividad u ocupación delictiva,
 - la autoinflicción de cualquier lesión, o
 - la embriaguez habitual o el uso de narcóticos (a menos que se administre de acuerdo con las órdenes de un médico con licencia).

El Consejo Directivo puede renunciar a la aplicación de las disposiciones anteriores si se establece una buena causa que sea satisfactoria para el Consejo Directivo. Para este propósito, la opinión escrita de una organización de revisión independiente acreditada por la Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización (URAC) o cualquier concesión de beneficios por incapacidad de la Administración del Seguro Social será una prueba aceptable de Incapacidad Total según el Plan. Consulte también el Capítulo 10 para obtener más información sobre los beneficios por incapacidad a largo plazo.

Tratamiento en Centro de Rehabilitación se refiere a los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados en una unidad de rehabilitación de un Hospital de atención de agudos con licencia o en un centro de enfermería especializado para servicios de rehabilitación progresiva, a corto plazo y activa que no pueden proporcionar de forma ambulatoria o a domicilio. El tratamiento puede incluir terapia cardíaca, ocupacional, física, pulmonar o del habla indicada por un médico cuando las funciones corporales se han visto restringidas o reducidas como resultado de una enfermedad, una herida o una cirugía, con el objetivo de mejorar o restablecer la función física en un grado significativo y mensurable tan próximo como sea razonable y médicamente posible a la condición que existía antes de la lesión, la enfermedad o la cirugía.

Tratamiento tiene el significado para ese término establecido en el artículo 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR) § 164.501 e incluye la provisión, coordinación o administración de atención médica y servicios relacionados por parte de uno o más proveedores de atención médica, incluida la coordinación o administración de atención médica por parte de un proveedor de atención médica con un tercero; la consulta entre proveedores de servicios de salud relacionada con un

paciente; o la derivación de un paciente para atención médica de un proveedor de atención médica a otro.

Trimestre de elegibilidad significa un período de tres (3) meses calendario consecutivos que comienzan el 1 de febrero, el 1 de mayo, el 1 de agosto o el 1 de noviembre.

Trimestre de trabajo significa un período de tres (3) meses calendario consecutivos que comienza el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio o el 1 de octubre.

WHCRA significa la Ley de Salud y el Cáncer en la Mujer de 1998.



CARPENTERS
SOUTHWEST
ADMINISTRATIVE
CORPORATION

carpenterssw.org/en
ENGLISH

carpenterssw.org/es
SPANISH

bit.ly/MemberXG-CSAC
MEMBERXG