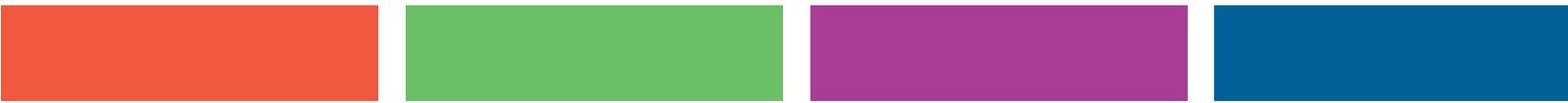
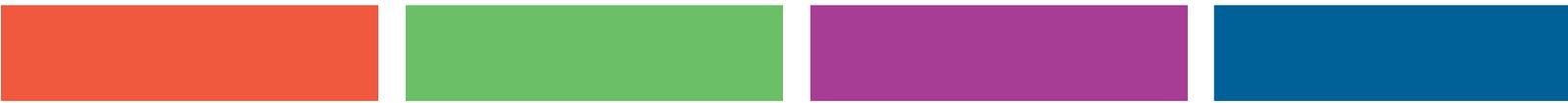


Descripción resumida del plan para 2023



BIENVENIDA E INTRODUCCIÓN

Estimado miembro del Fideicomiso de Beneficios Médicos de Jubilados del UAW:

Nos complace brindarle esta Descripción resumida del plan (SPD), donde se explican los beneficios de atención de salud disponibles para los miembros del Fideicomiso de Beneficios Médicos de Jubilados del UAW y sus dependientes que reúnan los requisitos. Los beneficios que se describen en esta SPD están en vigor desde el 1.º de enero de 2023 y según enmiendas posteriores.

El Fideicomiso de Beneficios Médicos de Jubilados del UAW, o el “Fideicomiso”, fue establecido en enero de 2010 como resultado de los Acuerdos conciliatorios entre el UAW y tres Compañías automotrices. Existen tres planes de beneficios de salud para empleados diferentes, conocidos como el Plan de beneficios médicos de jubilados de Chrysler del UAW, el Plan de beneficios médicos de jubilados de Ford del UAW y el Plan de beneficios médicos de jubilados de GM del UAW, denominados de forma conjunta el “Plan” en esta SPD. El Comité del Fideicomiso actúa en nombre de los jubilados del UAW inscritos en el Fideicomiso. El Comité ha establecido un programa de salud para jubilados. En esta SPD se describe la cobertura de atención de salud que Usted tiene a través del Fideicomiso. Los términos particulares de su Plan específico estarán incluidos en esta SPD, el Documento del Plan, la Lista de beneficios, las Cartas con los aspectos destacados de los beneficios y los Resúmenes de beneficios de atención de salud para dicho Plan.

Esta SPD tiene como objetivo ser simplemente un resumen, en términos corrientes, de las características principales de su programa de beneficios. Solo contiene información general. La Lista de beneficios de su Plan forma parte de la SPD. El Comité puede cambiar los beneficios descritos en esta SPD de vez en cuando. Si esto ocurre, Usted recibirá una Carta con los aspectos destacados de los beneficios, donde se describirán las modificaciones de los beneficios y otra información de forma más detallada. Un Resumen de beneficios de atención de salud que describe todos los beneficios que se modificaron desde que se emitió esta SPD estará disponible para los nuevos miembros que se inscriban en el Plan. Debe leer con detenimiento esta carta y el Resumen de beneficios de atención de salud cuando lo reciba. Informe los cambios en su dirección o en la información de algún dependiente a Retiree Health Care Connect para asegurarse de recibir todas las actualizaciones.

Guarde esta SPD, la Lista de beneficios, las Cartas con los aspectos destacados de los beneficios, el Resumen de beneficios de atención de salud y cualquier otro material que el Fideicomiso le envíe en relación con su cobertura para tener siempre a mano la información actualizada de sus beneficios. Lo instamos a leer esta información y a compartirla con los miembros de su familia, su cuidador y otras personas, según sea necesario. Si está inscrito en un plan HMO, un plan HMO de Medicare Advantage, o un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (HMO o PPO), el Asegurador del Plan le entregará un documento, como una Evidencia de cobertura o Certificado de cobertura, donde se describirán los términos detallados de su cobertura y las normas regulatorias de su Plan en particular. Si tiene preguntas sobre esta información, comuníquese con Retiree Health Care Connect al 866-637-7555 o con el Asegurador de su Plan.

Atentamente,

El Comité del Fideicomiso de Beneficios Médicos de Jubilados del UAW

CÓMO SE USA ESTA SPD

Se ha diseñado esta SPD para que sea fácil de leer. Si una palabra comienza con letra mayúscula, por lo general, se encuentra definida en la sección de definiciones de esta SPD, que se encuentra casi al final del documento. Por momentos, el vocabulario será técnico o legal, pero esto es así para cumplir con ciertos requisitos.

A medida que lee esta SPD, notará que algunas secciones están resaltadas con diferentes colores.

 es para miembros que reúnen los requisitos para Medicare, sin importar si están inscritos en Medicare o no.

 es para miembros que no tienen Medicare.

 es para todos los miembros.

Algunas páginas contienen información en recuadros de colores donde se destacan puntos importantes de dicha sección. Debe prestar especial atención a esos recuadros cuando lee esta SPD.

RETIREE HEALTH CARE CONNECT

866-637-7555

Quienes estén inscritos pueden recibir respuestas a sus preguntas llamando a Retiree Health Care Connect. Retiree Health Care Connect representa al Plan y puede responder sus preguntas o indicarle dónde puede obtener respuestas.

Retiree Health Care Connect puede ayudarlo con estos asuntos:

- Inscripción y cancelación de la inscripción (p. ej., ¿cómo inscribo a mi hijo?).
- Cumplimiento de requisitos (p. ej., ¿mi hijo reúne los requisitos después de cumplir 18 años? ¿Qué sucede en caso de divorcio?).
- ¿Qué opciones alternativas de planes de salud tengo en mi área?
- La cobertura según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) cuando se interrumpe la cobertura del Plan.

Informe cualquier fallecimiento o cambio en su situación personal o familiar a Retiree Health Care Connect tan pronto como sea posible luego de ocurrido. En Retiree Health Care Connect, pueden explicarle en qué medida ese cambio modifica el cumplimiento de los requisitos para Usted o sus Dependientes, si corresponde. Consulte el capítulo “Requisitos e inscripción” para obtener información más específica.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

El Fideicomiso se comunica con Usted durante el año por diversos motivos importantes. Algunas de las comunicaciones se exigen por ley, y otras sirven para asesorarlo acerca de su salud y sus beneficios. Muchas de las comunicaciones que se envían a todos los inscritos que reúnen los requisitos se publican en el sitio web del Fideicomiso, en uawtrust.org. En el sitio web, también podrá acceder a los sitios web de Retiree Health Care Connect y los Aseguradores, descargar copias adicionales de algunas comunicaciones y encontrar más información sobre el Fideicomiso en general, incluidos algunos videos sobre la historia del Fideicomiso.

A continuación, se incluye un cuadro con las comunicaciones que recibirá del Fideicomiso periódicamente. La primera será el paquete de bienvenida, que posiblemente haya abierto recién para buscar esta SPD.

Nombre de la comunicación	Momento en que se suele recibir	Qué es	Qué debe hacer Usted
Paquete de bienvenida	Dentro de los 90 días de jubilarse o inscribirse en el Plan	Paquete de información sobre los beneficios de su Plan, que incluye esta SPD, el Resumen de beneficios de atención de salud y una Guía de referencia rápida.	Ábralo y lea el material que hay en su interior, y luego guarde los documentos en un lugar seguro.
Aviso de cobertura esencial mínima (para miembros sin Medicare)	Enero-febrero	Notificación exigida por el Servicio de Impuestos Internos que indica que la cobertura médica de su Plan cumple con los requisitos mínimos	Téngala a mano cuando complete su declaración del impuesto a la renta federal.
Aviso de un nuevo plan	Julio-diciembre (cuando un nuevo plan pasa a estar disponible)	Notificación donde se le indica que es posible que reúna los requisitos para un nuevo plan a partir del año siguiente	Léalo con detenimiento, considere cuál es el mejor plan para Usted y llame a Retiree Health Care Connect si decide cambiar de plan.
Carta con los aspectos destacados de los beneficios	Agosto-septiembre	Declaración de actualizaciones de los planes y costos compartidos correspondientes para el próximo año	Léalo con detenimiento y guárdelo junto con su SPD.

Nombre de la comunicación	Momento en que se suele recibir	Qué es	Qué debe hacer Usted
Aviso anual de cambios y Evidencia de cobertura (para miembros de Medicare)	Septiembre-diciembre	Declaración de actualizaciones de sus planes Medicare Advantage, planes de medicamentos con receta y planes de la Parte D de Medicare Advantage, que incluye nuevos costos compartidos o límites de los servicios	Léalo con detenimiento y guárdelo junto con su SPD.
Carta sobre el estado del Fideicomiso	Noviembre-enero	Descripción que acompaña el Informe resumido anual que describe el progreso y el estado del Fideicomiso	Léala.
Informe resumido anual	Noviembre-enero	Resumen exigido por el Departamento de Trabajo sobre el estado financiero del Fideicomiso	Léalo.
Cartas generales de inscripción (solo miembros con Medicare Parte A)	Diciembre-febrero	Notificación donde se indica que debe inscribirse en Medicare Parte B	Léala e inscríbese en Medicare Parte B
Otros avisos			
Carta de cumplimiento de edad para Medicare (para miembros que cumplen 65 años)	Tres posibles cartas: 1) 90 días antes de cumplir 65 años; 2) mes de su cumpleaños, si no está inscrito; 3) el mes posterior a su cumpleaños, si aún no se ha inscrito.	Notificación donde se le indica que pronto reunirá los requisitos para Medicare y que debería inscribirse	Léala, siga las instrucciones e inscríbese en Medicare Partes A y B
Auditoría de dependiente de 19 a 26 años (miembros con Hijos dependientes de 19 a 26 años)	Agosto-septiembre	Verificación de cumplimiento de requisitos para dependientes según las normas del Plan	Léala y respóndala.
Aviso de salud acerca de un beneficio o una afección en particular	En diferentes momentos	Notificación de ciertos beneficios del Plan que se lo alienta a aprovechar o un análisis de una afección médica importante que tenga y de qué manera puede recibir ayuda para manejarla a través del Plan	Léalo y considere los servicios sugeridos.
Aviso de prácticas de privacidad	En el momento de jubilarse y tras un cambio en una norma con posterioridad	Declaración exigida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos acerca de las obligaciones del Fideicomiso respecto de su información de salud personal, conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).	Léalo con detenimiento y guárdelo junto con su SPD.

ÍNDICE

BIENVENIDA E INTRODUCCIÓN	I
CÓMO SE USA ESTA SPD	II
RETIREE HEALTH CARE CONNECT	III
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	IV
I. REQUISITOS E INSCRIPCIÓN	1
A. Información general sobre requisitos	1
B. Requisitos de los jubilados	1
C. Requisitos de los Dependientes	2
D. Inscripción	6
E. Presentación de pruebas	9
F. Fechas de inicio y fin de la cobertura	9
G. Su Contribución	12
H. Finalización por falta de pago de la Contribución	12
I. Finalización por fraude	12
J. Finalización por no tener Medicare Parte A	12
K. Finalización por presencia ilegal	13
II. OPCIONES DE PLANES DE SALUD	14
A. Opciones de planes para Inscritos sin Medicare	14
B. Opciones de planes para miembros inscritos en Medicare	16
C. Reglas sobre las opciones de planes para Inscritos sin Medicare y con Medicare	20
D. Reglas sobre las opciones de planes	20
III. INTRODUCCIÓN A MEDICARE	22
A. Información general sobre Medicare	22
B. Multa por no inscribirse en Medicare a tiempo	24
IV. COBERTURA CUANDO TIENE MEDICARE	26
A. Costos compartidos de Medicare	26
B. Consecuencias de no inscribirse en Medicare	26
C. Inscripción obligatoria en Medicare de Cónyuges y Parejas domésticas del mismo sexo supervivientes	27
D. Cuánto se paga con el Plan cuando también tiene cobertura de Medicare	27
E. Visitas a su Proveedor de atención de salud	30
F. Cobertura de Medicare para servicios preventivos	30
G. Visitas al consultorio con Medicare	31
H. Internaciones en Centros de enfermería especializada	31
I. Atención de la vista con Medicare	32
J. Cobertura de Medicare para la atención de personas con diabetes	32
K. Programa de Administración de Casos obligatorio	33
L. Trasplantes de órganos	33
M. Equipo médico duradero y dispositivos protésicos y ortopédicos	34
N. Cobertura del Plan más allá de Medicare	34
O. Coordinación de beneficios con dos o más planes y Medicare	35
P. Proceso de reclamos y apelaciones conforme a Medicare	36

ÍNDICE

V. COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DEL PLAN DE LA PARTE D	37
A. Cobertura de medicamentos con receta en Medicare (Parte D)	37
B. Cómo funciona la cobertura de medicamentos con receta a través del Plan	37
C. Formulario y medicamentos con cobertura del Plan	38
D. Medicamentos genéricos y de marca	39
E. Dónde obtener un medicamento con receta	40
F. Copagos de los medicamentos con receta	41
G. Administración de la utilización	41
H. Exclusiones de los gastos de medicamentos con receta	42
VI. BENEFICIOS MÉDICOS PARA TODOS LOS INSCRITOS EN PLANES ECP, TCN Y HUMANA COMMERCIAL	44
A. Costos compartidos de todas las opciones	44
B. Montos permitidos del Plan	45
C. Cobertura hospitalaria	45
D. Cobertura de atención de salud en el hogar	52
E. Cobertura de hemofilia y hemodiálisis en el hogar	54
F. Cobertura en Centros para enfermos terminales	56
G. Cobertura médica y quirúrgica	57
H. Servicios de ambulancia	64
I. Terapia física para pacientes ambulatorios, terapia ocupacional funcional para pacientes ambulatorios y terapia del habla	66
J. Cobertura de servicios de salud mental y por abuso de sustancias	67
K. Cobertura de Centro de enfermería especializada	72
L. Servicios preventivos	75
M. Visitas al consultorio del médico	76
N. Programa de Administración de Casos	76
O. Segunda opinión médica obligatoria	77
P. Trasplantes de órganos	77
Q. Equipo médico duradero y dispositivos protésicos y ortopédicos	80
R. Cobertura de servicios prestados fuera de los EE. UU.	82
S. Exclusiones de la cobertura	83
VII. PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA PARA MIEMBROS SIN MEDICARE	86
VIII. BENEFICIOS ADICIONALES PARA TODOS LOS MIEMBROS	92
A. Cobertura dental	92
B. Cobertura de la vista	93
C. Cobertura de la audición	93
D. Cobertura de artículos de venta libre	94

ÍNDICE

IX. REGLAS DEL PLAN PARA MIEMBROS SIN MEDICARE	95
A. Coordinación de beneficios	95
X. RECLAMOS Y APELACIONES	100
A. Proceso de reclamos y apelaciones de los planes HMO para miembros sin Medicare, planes HMO de Medicare Advantage, planes de medicamentos con receta HMO o PPO de Medicare Advantage y planes de medicamentos con receta de Medicare	100
B. Proceso de reclamos para planes ECP, TCN, Humana Commercial, dentales, de la vista, de la audición y de medicamentos con receta para miembros sin Medicare	100
C. Proceso de apelaciones para planes ECP, TCN, Humana Commercial, dentales, de la vista, de la audición, de beneficios de artículos de venta libre, de medicamentos con receta para miembros sin Medicare y determinaciones sobre cumplimiento de requisitos	109
XI. INFORMACIÓN PARA LOS INSCRITOS	120
A. Continuación de cobertura según la COBRA	120
B. Protección de la privacidad conforme a la HIPAA	123
C. Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos	124
D. Información importante sobre el Fideicomiso y los Planes	125
E. Sus derechos en virtud de la ERISA	129
F. Ausencia de represalias	131
G. Cobertura del Mercado de Seguros de Salud	131
H. Derechos de no discriminación	131
XII. REFERENCIAS RÁPIDAS	135
A. Definiciones	135
B. Información de contacto	145
XII. ASEGURADORES	146

I. REQUISITOS E INSCRIPCIÓN

A. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE REQUISITOS

Un Jubilado comienza a participar en el Plan cuando se inscribe en un plan de salud ofrecido en virtud de este Plan. Es posible que un Dependiente, como el Cónyuge, una Pareja doméstica del mismo sexo o un hijo, reúnan los requisitos para participar en un plan de salud ofrecido en virtud del Plan debido a su relación con el Inscrito primario.

Para participar en el Plan, todos los Jubilados y Dependientes deben estar inscritos en Medicare Parte A cuando cumplen los requisitos por primera vez, a menos que esto haya ocurrido antes del 1.º de enero de 2017. Si reside en los EE. UU., un Jubilado o Dependiente que reúne los requisitos de Medicare debe estar presente en el país de manera legal.

B. REQUISITOS DE LOS JUBILADOS

Para obtener cobertura de salud para jubilados a través del Plan, una persona (“Jubilado”) debe reunir los requisitos de dicha cobertura que se basan en las condiciones de jubilación de su Compañía automotriz, debe estar incluida en las clases específicas que participan en los tres Acuerdos conciliatorios entre clases de jubilados actuales y futuros y las Compañías automotrices, y debe realizar los pagos exigidos de la cobertura (“Contribuciones”). Los Acuerdos conciliatorios y el acuerdo con el cual se crea el Fideicomiso se pueden encontrar en el sitio web del Fideicomiso, uawtrust.org.

Usted no reúne los requisitos de la cobertura ofrecida a través del Plan en los siguientes casos:

- Si reúne los requisitos solo para un beneficio de jubilación adquirido diferido a través del plan de jubilación de su Compañía automotriz.
- Si Usted no es jubilado.
- Si fue despedido por motivos justificados, aunque esté recibiendo una jubilación del plan de jubilación de su Compañía automotriz.
- Si no se inscribe (voluntaria o automáticamente) en Medicare Parte A cuando cumple con los requisitos por primera vez, si esto ocurrió después del 1.º de enero de 2017 (inclusive).
- Si está en los EE. UU. de manera ilegal (es decir, no es ciudadano estadounidense, no tiene una visa legal o algún otro documento aprobado por el Gobierno que le permita residir de manera legal en los EE. UU.), aunque reúna los requisitos para Medicare excepto el de residir legalmente en los EE. UU.

El término “Inscrito primario” hace referencia a la persona que reúne los requisitos de cobertura a través del Plan. El Inscrito primario puede ser un Jubilado, un Cónyuge superviviente o una Pareja doméstica del mismo sexo superviviente.

Los Inscritos primarios se encuadran dentro de alguna de estas dos categorías: los “protegidos” y los “generales”. Estas categorías se relacionan con ciertas diferencias en términos de costo compartido y Contribuciones. Si un Inscrito primario es “protegido”, también lo son sus Dependientes.

Un Inscrito primario y sus Dependientes se encuadran dentro de la categoría de “generales” cuando no cumplen con ninguno de los puntos mencionados a continuación para que se los considere “protegidos”:

- En el caso de Jubilados, quienes se jubilaron antes del 1.º de octubre de 1990.
- En el caso de Cónyuges supervivientes, aquellos cuyo Cónyuge jubilado se haya jubilado antes del 1.º de octubre de 1999.
- En el caso de Inscritos que hayan estado inscritos en el Plan antes del 1.º de enero de 2020, aquellos que reciban beneficios de jubilación anuales de \$8,000 o menos y una tasa de beneficio de jubilación mensual de \$33.33 o menos por mes, por año de servicio acreditado.

Si tanto un Jubilado como su Cónyuge cumplen con los requisitos para que se los considere Inscritos primarios en virtud del Plan, pueden optar por inscribirse en planes de salud diferentes. Cada Jubilado cumplirá con los requisitos para ser el Inscrito primario en un plan de salud y, al mismo tiempo, el Cónyuge en el otro plan de salud.

C. REQUISITOS DE LOS DEPENDIENTES

1. Requisitos para su Cónyuge

Usted puede solicitar cobertura para su Cónyuge si cuenta con cobertura del Plan como Jubilado. Puede casarse y agregar a su nuevo Cónyuge a su cobertura si Usted es Jubilado inscrito.

2. Requisitos para su Pareja doméstica del mismo sexo y los Dependientes de su Pareja doméstica del mismo sexo

Su Pareja doméstica del mismo sexo y los hijos dependientes de dicha pareja que hayan estado cubiertos por el plan activo de su Compañía automotriz en el momento de su jubilación reúnen los requisitos para obtener cobertura conforme al Plan si Usted es un Jubilado que reúne los requisitos y presenta la documentación requerida. No podrá agregar a una nueva Pareja doméstica del mismo sexo o a un hijo dependiente de esta después de jubilarse.

Para reunir los requisitos para obtener cobertura en virtud del Plan, su Pareja doméstica del mismo sexo debe cumplir con lo siguiente:

- Ser del mismo sexo que su sexo actual.
- Haber mantenido una relación romántica, comprometida y continua con Usted durante al menos seis meses, tener la intención de hacerlo indefinidamente y no mantener el mismo tipo de relación con otra persona.
- Ser responsable solidario por sus obligaciones financieras y de bienestar y, de igual modo, Usted debe ser responsable solidario por sus obligaciones financieras y de bienestar.
- Residir en el mismo hogar que Usted.

- No tener un lazo de sangre con Usted con un grado de parentesco que implique que, de contraer matrimonio con Usted, este no sería reconocido en virtud de las normas del Servicio de Impuestos Internos.
- Tener 18 años de edad como mínimo y la capacidad legal para celebrar contratos.
- No estar casado con otra persona.

Para reunir los requisitos para obtener cobertura en virtud del Plan, los hijos de su Pareja doméstica del mismo sexo deben cumplir con los requisitos exigidos a los Hijos dependientes, como se menciona en la sección acerca de Hijos dependientes.

3. Requisitos para Cónyuges y Parejas domésticas del mismo sexo supervivientes con Dependientes o sin ellos

Si Usted fallece mientras es Jubilado o empleado activo de una Compañía automotriz que reúne los requisitos, es posible que su Cónyuge, su Pareja doméstica del mismo sexo e Hijos dependientes supervivientes cumplan con los requisitos de la cobertura.

Para reunir los requisitos para obtener cobertura, un Cónyuge o Hijo dependiente superviviente debe cumplir con lo siguiente:

- Reunir los requisitos (1) para estar inscrito en la fecha de fallecimiento del Jubilado o (2) para estar inscrito en el plan activo de la Compañía automotriz en la fecha del fallecimiento del empleado de la Compañía automotriz, y el empleado de la Compañía automotriz reunía los requisitos para jubilarse en la fecha del fallecimiento.
- Si reunía los requisitos, estar inscrito en Medicare Parte A y Parte B.
- Pagar la Contribución requerida.

Consulte la sección "Introducción a Medicare" para obtener más información. Los Cónyuges y las Parejas domésticas del mismo sexo supervivientes deben estar inscritos en Medicare Parte A y Parte B, si reúnen los requisitos, para seguir estando inscritos en el Plan.

Los siguientes supervivientes no reúnen los requisitos de la cobertura ofrecida a través del Plan en los siguientes casos:

- Supervivientes de un Jubilado que reunía los requisitos solo para un beneficio de jubilación adquirido diferido.
- Supervivientes que reúnen los requisitos solo para un beneficio prejubilatorio para supervivientes a través del plan de jubilación de la Compañía automotriz.
- Supervivientes que reúnen los requisitos para recibir beneficios de jubilación como "beneficiarios sustitutos" en virtud de una orden de relaciones domésticas calificada de conformidad con la Ley de Jubilación Igualitaria (Retirement Equity Act) de 1984.

Un Cónyuge o Pareja doméstica del mismo sexo que pase a ser superviviente debe inscribirse en Medicare Parte A y Parte B cuando reúna los requisitos para obtener cobertura en virtud del Plan. Si un Cónyuge o Pareja doméstica del mismo sexo superviviente no se inscribe tanto en Medicare Parte A como en Medicare Parte B según lo descrito anteriormente, perderá la cobertura en virtud del Plan. La cobertura de los supervivientes sin Medicare Parte A y Parte B se puede reactivar a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de Medicare Parte A y Parte B.

Los Cónyuges y las Parejas domésticas del mismo sexo supervivientes no pueden añadir a un nuevo Cónyuge o Pareja doméstica del mismo sexo en virtud del Plan. Un Cónyuge o Pareja doméstica del mismo sexo superviviente puede inscribir a un Hijo dependiente en el Plan solo si este reunía los requisitos para inscribirse en la fecha de fallecimiento del Jubilado. Un Cónyuge o Pareja doméstica del mismo sexo supervivientes pueden continuar con la cobertura de un Hijo dependiente que haya sido inscrito por un Jubilado antes de su fallecimiento y que siga reuniendo los requisitos establecidos.

El Cónyuge superviviente deberá suministrar una copia del certificado de fallecimiento del Jubilado que indique que este estaba casado en el momento del fallecimiento. El Cónyuge o la Pareja doméstica del mismo sexo supervivientes que reúnan los requisitos para la cobertura conforme al Plan, pero cuyos beneficios de jubilación sean insuficientes para pagar el monto total de las Contribuciones o que no reúnan los requisitos para recibir beneficios de jubilación de una Compañía automotriz, deberán pagar las Contribuciones cuando sean facturadas por Retiree Health Care Connect.

4. Requisitos para Hijos dependientes

Los Jubilados pueden añadir hijos como Dependientes en virtud del Plan si reúnen los cinco requisitos mencionados a continuación. Sin embargo, tanto en el caso de hijos biológicos como adoptados, si el Inscrito primario está divorciado y su sentencia de divorcio indica que este no tiene la custodia del Hijo dependiente, pero es legalmente responsable de sus gastos de atención de salud o de proporcionarle cobertura médica, se considerará que se cumplen los requisitos sobre residencia y dependencia mencionados a continuación y que el hijo reúne los requisitos para obtener cobertura como Hijo dependiente en virtud del Plan. Cualquier persona que pueda considerarse como Dependiente de más de un Inscrito primario puede inscribirse como Dependiente de cada uno de dichos Inscritos primarios.

Los cinco requisitos obligatorios

Sus hijos y los hijos de su Cónyuge o Pareja doméstica del mismo sexo deben reunir los CINCO requisitos enumerados a continuación:

- (1) **Relación.** Los hijos incluyen:
 - Su hijo natural o legalmente adoptado.

Los hijos pueden ser inscritos en la cobertura de atención de salud hasta el final del mes en el que cumplen 26 años, mientras sigan cumpliendo con los requisitos. Durante las auditorías periódicas, se pedirá presentar a Retiree Health Care Connect (RHCC) cierta documentación.

- Su hijastro (el hijo del Cónyuge o la Pareja doméstica del mismo sexo actual del Jubilado).
- Un hijo colocado con fines de adopción legal, menor de 18 años.
- Un menor del que se tiene la custodia legal o que se encuentra sujeto a una resolución de custodia. Las resoluciones de custodia legal deben indicar que se otorga la custodia al Inscrito primario. Es posible que los menores colocados bajo la custodia de un Inscrito primario reúnan los requisitos de la cobertura hasta el final del mes en el que cumplen 18 años, a excepción de aquellos que se encuentren sujetos a una resolución de guarda o custodia legal el 31 de diciembre de 2010 o antes, quienes reúnen los requisitos hasta el final del mes en el que cumplen 26 años. Los menores bajo custodia legal no reúnen los requisitos para continuar como Hijos dependientes con discapacidad total y permanente después de cumplir los años que se especifican en este párrafo.

(2) **Edad.**

- Los hijos reúnen los requisitos hasta el final del mes calendario en el que cumplen 26 años.
- Los hijos no están sujetos a restricciones de edad si se determina que tienen una discapacidad total y permanente en virtud del Plan antes del final del mes calendario en el que cumplen 26 años. El hijo debe haber sido inscrito en la cobertura inmediatamente antes de la determinación del estado de discapacidad total y permanente.
 - Se determina que un Hijo dependiente tiene una discapacidad total y permanente si tiene una afección física o mental que puede determinarse por medios médicos, que le impide participar en una actividad sustancial y lucrativa y que se anticipa que dará como resultado la muerte prematura o que será de duración prolongada o indefinida.
 - Para reunir los requisitos para ser considerado Hijo dependiente con una discapacidad total y permanente, el Hijo dependiente no debe ganar un salario que supere los \$10,000 por año.

(3) **Estado civil.** Los hijos no deben estar casados.

(4) **Residencia.** Los hijos deben cumplir uno de los siguientes requisitos de residencia:

- Vivir con el Inscrito primario como miembros del grupo familiar.
- Vivir separados del Inscrito primario por asistir a una institución de educación superior como estudiantes.
- Vivir en una residencia grupal o en otro centro de atención de salud.
- Vivir separados del Inscrito primario (o del Cónyuge del Inscrito primario, si vive) cuando dicho Inscrito primario (o su Cónyuge) vive en una residencia grupal o en otro centro de atención de salud.

- El Inscrito primario debe tener la responsabilidad legal de proveer cobertura de atención de salud para el hijo, y el hijo debe residir con el padre o la madre que tenga la custodia. Lea el apartado sobre dependencia que figura a continuación.

(5) Dependencia.

- Los hijos deben ser dependientes del Inscrito primario, es decir, alguien que el Inscrito primario pueda incluir como dependiente en su declaración del impuesto a la renta federal.
- El Inscrito primario debe tener la responsabilidad legal de brindarles cobertura de salud a través de una sentencia de divorcio, una resolución judicial relacionada con un divorcio, una orden de apoyo médico infantil calificado (QMCSO) o una orden de apoyo médico nacional. Es posible que se le exija que inscriba a su hijo en el Plan a través de una QMCSO o una orden de apoyo médico nacional. El cumplimiento de los requisitos de un hijo conforme a esta disposición no se prolongará más allá de los límites de edad del Plan para Hijos dependientes. El hijo debe seguir reuniendo los requisitos del Plan, a excepción de aquellos eximidos por una resolución judicial o QMCSO (residencia y dependencia). Los procedimientos para administrar las QMCSO están disponibles a pedido sin costo alguno.

D. INSCRIPCIÓN

1. Aplazamiento de la inscripción

Usted puede aplazar la inscripción en el Plan. Esto puede ocurrir si, por ejemplo, tiene cobertura de otro plan. Si decide inscribirse en el Plan luego de aplazar la inscripción, la cobertura del Plan comenzará el primer día del mes posterior a (a) notificar a Retiree Health Care Connect o (b) presentar cualquier documentación requerida (ver la subsección E a continuación), lo que ocurra más tarde. El hecho de no inscribir a un Dependiente en el momento en que este reúne los requisitos para obtener cobertura por primera vez se considerará como el aplazamiento de la inscripción del Dependiente.

2. Inscripción de un nuevo Dependiente

Llame a Retiree Health Care Connect al 866-637-7555.

Debe ponerse en contacto con Retiree Health Care Connect para añadir a su nuevo Dependiente en un plazo de 30 días a partir de la fecha del hecho que hace que reúna los requisitos para obtener cobertura en virtud del Plan (matrimonio, nacimiento, adopción, colocación con fines de adopción, etc.). Si se notifica dentro de los 30 días del hecho, la cobertura comenzará en la fecha del hecho. Si se notifica más de 30 días después del hecho, la cobertura comenzará el primer día del mes posterior a la fecha en que Usted notifique el hecho a Retiree Health Care Connect. Los Cónyuges y las Parejas domésticas del mismo sexo supervivientes no podrán añadir nuevos Dependientes.

3. Inscripción como Cónyuge o Pareja doméstica del mismo sexo supervivientes

Si Usted es el Cónyuge o la Pareja doméstica del mismo sexo de un Jubilado (y Usted no es Jubilado), cuando el Jubilado fallece, debe ponerse en contacto con Retiree Health Care Connect. Le tomarán los datos y responderán cualquier pregunta que tenga sobre su cobertura en virtud del Plan.

4. Eliminación de Dependientes de la cobertura

Usted debe notificar a Retiree Health Care Connect para quitar de la cobertura a un Cónyuge, Pareja doméstica del mismo sexo o Hijo dependiente cuando dejen de reunir los requisitos correspondientes. Si el Plan paga cualquier reclamo en nombre de una persona que no reunía los requisitos para acceder a los beneficios, Usted deberá devolverle al Plan los montos correspondientes al reclamo en cuestión. El Plan no será responsable de estos reclamos.

5. Reactivación

Existen ciertas reglas que el Plan debe cumplir respecto de la reactivación retroactiva en los planes Medicare Advantage, planes de medicamentos con receta de Medicare Advantage y planes de Medicare Parte D. Por lo tanto, si cancela su inscripción en alguno de estos planes y luego la reactiva, es posible que el Plan deba inscribirlo temporalmente en otro plan.

a. Reactivación de un Dependiente

Si un Dependiente dejara de reunir algún requisito y luego lo volviera a reunir (por ejemplo, un Hijo dependiente que deja de vivir en la casa del Jubilado y que vuelve a vivir allí más adelante), se puede reactivar la cobertura, siempre y cuando se cumpla con todos los demás requisitos. La cobertura comenzará el primer día del mes posterior a la fecha en que el Inscrito primario envía la notificación a Retiree Health Care Connect donde solicita la reactivación e informa que cumple con los requisitos aplicables.

b. Reactivación después de una finalización por falta de pago

Si no paga las Contribuciones obligatorias, su cobertura del Plan será finalizada al final del mes para el cual se realizó el último pago. Se podrá reactivar la cobertura de forma retroactiva cuando se reciban todas las Contribuciones adeudadas. En el momento de la reactivación, es posible que el Inscrito primario deba optar por realizar las Contribuciones futuras a través de deducciones de su jubilación (si recibe una jubilación) o por débito directo de una cuenta bancaria. Si no paga el total de las Contribuciones adeudadas, su cobertura podrá reactivarse el primer día del mes luego de que llame a Retiree Health Care Connect para reinscribirse, pero los servicios que haya recibido en el período en que no realizó las Contribuciones no estarán cubiertos. Existen ciertas reglas que el Plan debe cumplir respecto de la reactivación retroactiva en los planes Medicare Advantage, planes de medicamentos con receta de Medicare Advantage y planes de Medicare Parte D. Por lo tanto, si está inscrito en alguno de estos planes, finaliza su cobertura por falta de pago y luego se reactiva, es posible que el Plan deba inscribirlo temporalmente en otro plan.

c. Reactivación después de una finalización por no inscribirse en Medicare Parte A

Si Usted no se inscribe en Medicare Parte A cuando reúne los requisitos por primera vez (para la mayoría es cuando cumplen 65 años), su cobertura del Plan se dará por finalizada. Si Usted es el Inscrito primario y no se inscribe en Medicare Parte A cuando reúne los requisitos por primera vez, la cobertura del Plan de sus Dependientes también se dará por finalizada. Si luego se inscribe en Medicare Parte A, puede reactivarse su cobertura el primer día del mes luego de que el Plan reciba confirmación de su inscripción en Medicare y de que llame a Retiree Health Care Connect para solicitar la reactivación. Tenga en cuenta que el hecho de que no se inscriba en Medicare Parte A cuando reúna los requisitos por primera vez podría conllevar el cobro de una multa por inscripción tardía.

d. Reactivación después de una finalización por presencia ilegal

Si su cobertura del Plan finaliza porque Usted residía en los EE. UU. de forma ilegal (por ejemplo, no era ciudadano estadounidense o no tenía una visa válida) cuando, si no fuese por su presencia ilegal en los EE. UU., hubiese reunido los requisitos para Medicare, su cobertura podrá reactivarse el primer día del mes después de que presente una prueba de residencia legal en los Estados Unidos. Para sus Dependientes, existe un proceso de reactivación similar.

e. Reactivación después de una finalización optativa

Puede decidir en cualquier momento cancelar su inscripción en la cobertura del Plan. Si cancela su inscripción y posteriormente desea volver a tener la cobertura del Plan, debe comunicarse con Retiree Health Care Connect para pedir que se reactive su cobertura. Esta cobertura entrará en vigor el primer día del mes luego de que notifique a Retiree Health Care Connect.

f. Circunstancias imprevistas

Su cobertura del Plan puede finalizar si no presenta la documentación requerida antes de una fecha específica. Sin embargo, si no pudo presentar la información solicitada por circunstancias ajenas a su control o que no podría haber previsto, su cobertura podrá reactivarse de forma retroactiva desde el momento en que se canceló. Para que se pueda reactivar su cobertura desde esa fecha, Usted debe presentar la información solicitada y pagar todas las Contribuciones. También es posible que deba pagar cualquier costo compartido aplicable que adeude en relación con reclamos que pagamos en su nombre.

g. Circunstancias imprevistas

Si cree que se rechazó su inscripción incorrectamente cuando reunió los requisitos para obtener cobertura por primera vez, puede presentar un reclamo ante el Fideicomiso. En el caso de otros tipos de rechazos de su inscripción (por ejemplo, después de una solicitud de reactivación), debe presentar un reclamo al Plan. Si cree que a Usted o a un Dependiente les continúan rechazando la cobertura incorrectamente, puede apelar esa determinación a través de los procesos de apelación descritos en la sección correspondiente más adelante en este documento.

E. PRESENTACIÓN DE PRUEBAS

El Plan le pedirá pruebas que demuestren que se reúnen los requisitos cuando agregue a un nuevo Dependiente o en otro momento según los criterios del Plan, como, por ejemplo, cuando comienza a reunir los requisitos como Cónyuge superviviente. En este caso, debe presentar las pruebas solicitadas, que podrían incluir copias de certificados de matrimonio, licencias de conducir, la primera página de las declaraciones del impuesto a la renta federal, resoluciones judiciales (todas las páginas), declaraciones juradas firmadas u otros documentos que se especifiquen. No presentar la documentación solicitada, incluida la prueba de condición de dependiente y el número de Seguro Social, puede derivar en el rechazo o la cancelación de la cobertura del dependiente.

F. FECHAS DE INICIO Y FIN DE LA COBERTURA

En este cuadro, se muestran las fechas de inicio y fin de la cobertura en función de ciertos hechos de la vida.

	Inicio de cobertura	Fin de cobertura*†
Jubilado	El día que se jubila	<ul style="list-style-type: none"> • El último día del mes de fallecimiento del Jubilado si hay Dependientes inscritos. • El último día del mes para el cual se realizó la última Contribución. • El último día del segundo mes posterior al mes en el que el Jubilado no se inscribió en Medicare Parte A cuando reunió los requisitos por primera vez. • El último día del mes en el que el Jubilado se encontraba ilegalmente en los EE. UU. y, de no ser por dicha circunstancia, reunía los requisitos para Medicare.
Cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> • En la fecha en que comienza la cobertura del Jubilado. • En la fecha en que el Jubilado se casa con el Cónyuge, si el matrimonio se notifica a Retiree Health Care Connect dentro de los 30 días posteriores a su celebración. • El primer día del mes posterior a la fecha de notificación, si el matrimonio se informa a Retiree Health Care Connect luego de transcurridos más de 30 días de su celebración. 	<ul style="list-style-type: none"> • En la fecha de la sentencia definitiva de divorcio del Jubilado. • El último día del mes para el cual se realizó la última Contribución. • El último día del segundo mes posterior al mes en el que el Jubilado o su Cónyuge no se inscribió en Medicare Parte A cuando reunió los requisitos por primera vez.

* Es posible que las personas cuya cobertura finaliza reúnan los requisitos para la COBRA. (Consulte la subsección A de la sección XI: “Continuación de cobertura según la COBRA”).

† Toda cobertura terminará en la fecha de finalización del Plan o Fideicomiso.

	Inicio de cobertura	Fin de cobertura*†
Cónyuge	(Consulte la página 9)	<ul style="list-style-type: none"> • El último día del mes en el que el Jubilado o su Cónyuge se encontraba ilegalmente en los EE. UU. y, de no ser por dicha circunstancia, reunía los requisitos para Medicare. • El último día del mes de fallecimiento del Jubilado. • El día de fallecimiento del Cónyuge.
Hijo(s) de Parejas domésticas del mismo sexo	<ul style="list-style-type: none"> • En la fecha en que comenzó la cobertura del Jubilado, si el Hijo de la Pareja doméstica del mismo sexo tenía cobertura del plan activo de la Compañía automotriz antes de la jubilación. • En caso de fallecimiento del Jubilado, si el Hijo de la Pareja doméstica del mismo sexo reunía los requisitos para ser inscrito por el Jubilado fallecido en el momento de su fallecimiento, la cobertura comenzará el primer día del mes posterior a la inscripción. 	<ul style="list-style-type: none"> • En la fecha de fin de la relación del Jubilado con la Pareja doméstica del mismo sexo o cuando esta deja de reunir los requisitos del Plan. • El último día del mes para el cual se realizó la última Contribución. • El último día del segundo mes posterior al mes en el que el Jubilado, su Pareja doméstica del mismo sexo o el(los) Hijo(s) de su Pareja doméstica del mismo sexo no se inscribieron en Medicare Parte A cuando reunieron los requisitos por primera vez. • El último día del mes en el que el Jubilado, su Pareja doméstica del mismo sexo o el(los) Hijo(s) de su Pareja doméstica del mismo sexo se encontraban ilegalmente en los EE. UU. y, de no ser por dicha circunstancia, reunían los requisitos para Medicare. • En la fecha en que se quita de la cobertura del Plan al Hijo de la Pareja doméstica del mismo sexo. • El día de fallecimiento de la Pareja doméstica del mismo sexo. • El día de fallecimiento del Hijo de la Pareja doméstica del mismo sexo.

* Es posible que las personas cuya cobertura finaliza reúnan los requisitos para la COBRA. (Consulte la subsección A de la sección XI: “Continuación de cobertura según la COBRA”).

† Toda cobertura terminará en la fecha de finalización del Plan o Fideicomiso.

	Inicio de cobertura	Fin de cobertura*†
Hijos dependientes	<ul style="list-style-type: none"> • En la fecha en que comienza la cobertura del Jubilado. • En la fecha en que se adquiere el Dependiente, si esto se notifica dentro de los 30 días del hecho. • Si transcurrieron más de 30 días del hecho, el primer día del mes posterior a la fecha de notificación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el Dependiente deja de reunir los requisitos del Plan. • En la fecha en la que el Inscrito primario quita al Dependiente de la cobertura. • Al final del mes para el cual se realizó el último pago. • En la fecha de finalización del contrato en virtud del cual el Dependiente tenía cobertura. • Al final del segundo mes posterior al mes en el que el Jubilado o su Hijo dependiente no se inscribió en Medicare Parte A cuando reunió los requisitos por primera vez. • Al final del mes en el que el Jubilado o su Hijo dependiente se encontraba ilegalmente en los EE. UU. y, a su vez, reunía los requisitos para Medicare. • El día de fallecimiento del Hijo dependiente.
Cónyuge superviviente o Pareja doméstica del mismo sexo superviviente	<p>En el caso de fallecimiento del Jubilado (o del empleado activo que reúne los requisitos para jubilarse), la cobertura como Inscrito primario comienza el primer día del mes posterior al mes de fallecimiento del Jubilado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la fecha de fallecimiento del Cónyuge o Pareja doméstica del mismo sexo supervivientes. • El último día del mes para el cual se realizó la última Contribución. • El último día del segundo mes posterior al mes en el que el Cónyuge o la Pareja doméstica del mismo sexo supervivientes no se inscribieron en Medicare Parte A o Parte B cuando reunieron los requisitos por primera vez. • El último día del mes en el que el Jubilado o su Hijo dependiente se encontraba ilegalmente en los EE. UU. cuando, de no ser por dicha circunstancia, reunía los requisitos para Medicare.

* Es posible que las personas cuya cobertura finaliza reúnan los requisitos para la COBRA. (Consulte la subsección A de la sección XI: “Continuación de cobertura según la COBRA”).

† Toda cobertura terminará en la fecha de finalización del Plan o Fideicomiso.

G. SU CONTRIBUCIÓN

La Contribución es el monto mensual que debe pagar un Inscrito primario por participar en el Plan. El monto puede variar según diferentes condiciones de inscripción, como la cantidad de integrantes de la familia, la condición de miembro protegido o la opción de inscripción. La Contribución mensual vence el primer día de cada mes. El pago de la Contribución mensual es un requisito obligatorio para participar en el Plan, independientemente del nivel de beneficios seleccionado (p. ej., la Contribución es la misma si quiere tener cobertura de medicamentos con receta o cobertura dental a través del Plan).

El Fideicomiso obtendrá las Contribuciones requeridas a través de una deducción de su jubilación. Sin embargo, si Usted reúne los requisitos para obtener la cobertura, pero no está recibiendo una jubilación o no puede pagar las Contribuciones requeridas con su jubilación, puede optar por pagarlas mediante débito directo (de su cuenta bancaria) o mediante el pago de una factura.

H. FINALIZACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA CONTRIBUCIÓN

Si no paga su Contribución en tiempo y forma o esta no se debita directamente de su cuenta bancaria por fondos insuficientes, recibirá del Plan una notificación de falta de pago. Debe pagar el monto adeudado de inmediato. Si no paga su Contribución en tiempo y forma, el Plan cancelará su cobertura. Usted es responsable de todos los reclamos que Usted o sus Dependientes generen mientras no estén inscritos en el Plan, a menos que se ponga al día con todas las Contribuciones adeudadas. Se lo puede admitir nuevamente en el Plan en una fecha posterior si acepta la deducción automática de las Contribuciones.

I. FINALIZACIÓN POR FRAUDE

Si Usted o sus Dependientes cometen fraude o hacen declaraciones engañosas al Plan o al Asegurador de forma deliberada, se finalizará su cobertura y la de sus Dependientes a partir de la fecha en que ocurrió el fraude. Inscribir a una persona sabiendo que no reúne los requisitos de cobertura del Plan constituye fraude y, si inscribe a esa persona, Usted y sus Dependientes perderán la cobertura. Usted asumirá la responsabilidad de pagar todos los reclamos que el Plan o Asegurador paguen por motivos de fraude.

J. FINALIZACIÓN POR NO TENER MEDICARE PARTE A

Si Usted o sus Dependientes comienzan a reunir los requisitos para Medicare Parte A, deben inscribirse. Lo más probable es que reúna los requisitos al cumplir 65 años (como la mayoría de los Inscritos). También deben inscribirse en Medicare Parte B (consulte la sección sobre el tratamiento de sus reclamos por parte del Plan cuando podría haber tenido Medicare Parte B, pero no se inscribió). Si Usted decide no inscribirse en Medicare Parte A cuando reúne los requisitos por primera vez, su cobertura del Plan finalizará. Esta disposición no se aplica en las siguientes dos situaciones:

- Si Usted o su Dependiente reunieron los requisitos para Medicare por primera vez antes del 1.º de enero de 2017.
- Si usted o su Dependiente reunieron los requisitos para Medicare por tener enfermedad renal en etapa terminal.

K. FINALIZACIÓN POR PRESENCIA ILEGAL

Si Usted o sus Dependientes comienzan a reunir los requisitos para Medicare o reúnen los requisitos para Medicare excepto el de residir legalmente en los EE. UU. y, al mismo tiempo, residen de manera ilegal en los EE. UU., el Plan cancelará su cobertura. Consulte la sección sobre reactivación que aparece antes en esta SPD para obtener información sobre cómo reactivar su cobertura si comienza a residir en los EE. UU. de forma legal.

II. OPCIONES DE PLANES DE SALUD

Si está inscrito en el plan ECP, TCN, Humana Commercial, dental, de la vista, de la audición o de beneficios de artículos de venta libre, sus beneficios se describirán en mayor detalle en esta SPD. Si selecciona un plan HMO, MA HMO o MA-PD (PPO o HMO), recibirá un cuadernillo separado de su Asegurador con la descripción de sus beneficios y la manera de acceder a ellos.

Para tener la cobertura del Plan, solo puede inscribirse en las opciones de planes de salud que ofrece el Plan.

A través del Plan, Usted y sus Dependientes que reúnen los requisitos cuentan con la cobertura de una amplia variedad de beneficios de atención de salud. Los servicios de atención de salud se brindan a través de la opción del plan médico específico que elija para Usted y sus Dependientes. Habrá distintas opciones disponibles que dependerán de su domicilio permanente y su condición de inscripción en Medicare. Cada año, se negocia la disponibilidad de la mayoría de las opciones de planes, y puede que no siempre se ofrezcan al año siguiente, a excepción de los planes Traditional Care Network (TCN) y Enhanced Care PPO (ECP).

A. OPCIONES DE PLANES PARA INSCRITOS SIN MEDICARE

1. Opción Enhanced Care PPO

El plan Enhanced Care PPO (organización de proveedores preferidos), o plan ECP, es el plan básico que está disponible en los 50 estados para todos los miembros del Plan sin Medicare. El Plan intenta brindar otras opciones a los miembros sin Medicare, aunque no tiene la obligación de ofrecer otras opciones aparte del plan ECP. El plan ECP se basa en una red nacional de Proveedores. Esta opción le permite recibir servicios de Proveedores dentro y fuera de la red.

Dado que el Plan no cubre todos los gastos de atención de salud, Usted debe buscar la orientación del Asegurador de su plan de atención de salud específico (p. ej., Blue Cross Blue Shield) para determinar si un servicio o suministro en particular tiene cobertura o si un Proveedor está dentro de la red. En el caso de emergencias que no sean médicas, antes de recibir el servicio, debería averiguar si el servicio, dispositivo, tratamiento u otro artículo tienen cobertura.

El plan ECP es el plan básico que está disponible en los 50 estados para los miembros sin Medicare.

El plan ECP ofrece flexibilidad con respecto al uso de la red, lo que le permite recibir servicios de Proveedores tanto dentro como fuera de la red. Para recibir el más alto nivel de beneficios con el menor costo de desembolso, debe recibir servicios de Proveedores que participan en la red del plan de salud en el que está inscrito. A los Proveedores que tienen un contrato con un plan de salud y participan en la red de dicho plan se los denomina “Proveedores dentro de la red”.

Los Proveedores de la red acordaron aceptar el monto contratado con el Asegurador, o el Monto permitido, como el pago total de los servicios que Usted recibe (sujeto a los Deducibles, Coseguros y Copagos que correspondan).

Si opta por recibir atención de un Proveedor fuera de la red, Usted será responsable de los costos adicionales, con algunas excepciones. Es probable que deba pagar Deducibles, Coseguros y Copagos más altos por servicios fuera de la red y cualquier otro monto cuando los cargos del Proveedor fuera de la red sean más altos que la tarifa con descuento (Monto permitido) del Plan para el servicio recibido. Cabe destacar que todo monto que supere el Monto permitido, según lo determine el Asegurador, no se contabilizará para su Desembolso máximo incluso aunque Usted sea responsable de pagarlo.

2. Organización para el mantenimiento de la salud

Una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) es un sistema de prestación de servicios de atención de salud que pone énfasis en la atención de salud preventiva y el tratamiento precoz, además de brindar atención médicamente necesaria cuando una persona está enferma. Se ofrecen HMO a través del Plan solo en áreas limitadas. Las HMO le brindan cobertura de reclamos a través de una red de proveedores. Se deben pagar Copagos para determinados servicios. Usted elige un médico o centro de atención primaria de una lista proporcionada por la HMO, y dicho médico o centro coordina todas sus necesidades de atención de salud. El alcance y el nivel de cobertura y beneficios que ofrece una HMO pueden diferir de otras opciones de planes con un contrato con el Plan.

Para que los servicios estén cubiertos a través de la HMO, Usted debe recibir los servicios de Proveedores dentro de la red. Los servicios que no se relacionan con una Emergencia médica o con atención de urgencia que se obtienen de Proveedores fuera de la red NO tienen cobertura en absoluto, a menos que la HMO conceda una autorización previa para el tratamiento. Los servicios de emergencia y la atención de urgencia proporcionados por Proveedores fuera de la red tienen cobertura (sujeta a las normas de la HMO).

Es posible que tenga a su disposición diferentes ofertas de HMO a través del Plan en función del lugar donde vive, su condición en Medicare y otros factores. Cuando se inscriba en Medicare, se lo colocará en el plan Medicare Advantage o en el plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage asociado con su HMO actual. Para obtener más información acerca de las opciones de HMO disponibles en su área geográfica específica, comuníquese con Retiree Health Care Connect.

3. Humana Commercial

El plan Humana Commercial es un sistema de prestación de servicios de atención de salud que pone énfasis en la atención de salud preventiva y el tratamiento precoz, además de brindar atención médicamente necesaria cuando una persona está enferma. Este plan se ofrece únicamente en un área limitada y a determinados Inscritos. Este plan le brinda cobertura de reclamos a través de una red de proveedores. Se deben pagar Copagos para determinados servicios. Usted elige un médico o centro de atención primaria de una lista proporcionada por el plan Humana Commercial, y dicho médico o centro coordina todas sus necesidades de atención de salud.

El alcance y el nivel de cobertura y beneficios que ofrece un plan Humana Commercial pueden diferir de otras opciones de planes con un contrato con el Plan.

Para que los servicios estén cubiertos a través del plan Humana Commercial, Usted debe recibir los servicios de Proveedores dentro de la red. Los servicios que no se relacionan con una Emergencia médica o con atención de urgencia que se obtienen de Proveedores fuera de la red NO tienen cobertura en absoluto, a menos que el Asegurador conceda una autorización previa para el tratamiento. Los servicios de emergencia y la atención de urgencia proporcionados por Proveedores fuera de la red tienen cobertura (sujeta a las normas del plan Humana Commercial).

B. OPCIONES DE PLANES PARA MIEMBROS INSCRITOS EN MEDICARE

1. Opción Traditional Care Network

El plan Traditional Care Network (TCN) es un plan que está disponible en los 50 estados para todos los miembros del Plan inscritos en Medicare. El Plan intenta ofrecer otras opciones a los miembros del Plan inscritos en Medicare, pero no tiene la obligación de ofrecer otras opciones aparte del plan TCN. El plan TCN se basa en una red nacional de Proveedores. Para los miembros inscritos en este plan, la cobertura de Medicare es la primaria y la del plan TCN es secundaria a Medicare Original. Esta opción le permite recibir servicios de Proveedores tanto dentro como fuera de la red.

Dado que el plan no cubre todos los gastos de atención de salud, Usted debe buscar la orientación del Asegurador de su plan de atención de salud específico (p. ej., Blue Cross Blue Shield) para determinar si un servicio o suministro en particular tiene cobertura o si un Proveedor está dentro de la red de proveedores. Antes de recibir el servicio, debería averiguar si el servicio, dispositivo, tratamiento u otro artículo tienen cobertura.

El plan TCN ofrece flexibilidad con respecto al uso de la red, lo que le permite recibir servicios de Proveedores tanto dentro como fuera de la red. Para obtener el más alto nivel de beneficios con el menor costo de desembolso, debe recibir servicios de Proveedores que participan en Medicare y en la red del plan de salud en el que está inscrito. A los Proveedores que tienen un contrato con un plan de salud se los denomina “Proveedores dentro de la red”. Los Proveedores dentro de la red acordaron aceptar el monto contratado con el Asegurador, o el Monto permitido, como el pago total de los servicios que Usted recibe (sujeto a los Deducibles, Coseguros y Copagos que correspondan).

Si el servicio que Usted recibe es un servicio cubierto por Medicare, debe recibir atención de un Proveedor que participe en Medicare.

Si opta por recibir atención de un Proveedor fuera de la red, Usted será responsable de los costos adicionales, con algunas excepciones. Es probable que deba pagar Deducibles, Coseguros y Copagos más altos por servicios fuera de la red. Si opta por recibir atención de un Proveedor fuera de la red que no acepta Medicare, es probable que deba pagar algún monto adicional cuando los cargos del Proveedor fuera de la red sean más altos que la tarifa con descuento (Monto permitido) del Plan para el servicio recibido. Cabe destacar que todo monto que supere el Monto permitido, según lo determine el Asegurador, no se contabilizará para su Desembolso máximo incluso aunque tenga que pagarlo.

Si opta por recibir atención de un Proveedor fuera de la red que no participa en el plan TCN, Usted será responsable de los costos adicionales, a menos que se trate de un servicio de atención de Emergencia médica.

2. Opción de medicamentos con receta de Medicare Advantage

Los planes de medicamentos con receta Medicare Advantage (MA-PD) son planes de salud aprobados por Medicare y administrados por compañías privadas (Aseguradores). Estos planes difieren de los planes Medicare Advantage debido a que, además de brindar todos los beneficios de Medicare Parte A (cobertura hospitalaria) y Parte B (cobertura médica), ofrecen todos los beneficios de la Parte D (cobertura de medicamentos con receta).

Los planes MA-PD son los planes primarios para los miembros de Medicare. Esto significa que, al final del año en el que Usted (o uno de sus Dependientes) se inscriban en Medicare Partes A y B y, si Usted o su Dependiente (a) no tienen cobertura de MA; (b) no tienen cobertura de medicamentos con receta de Medicare Parte D fuera del Plan; y (c) no están dentro de la categoría Protegidos, se le informará que Usted (o su Dependiente) serán automáticamente inscritos en un plan MA-PD. Esta inscripción automática entrará en vigor el 1° de enero del año siguiente a la fecha en que Usted o su Dependiente se inscriban en Medicare Partes A y B. Usted o su Dependiente tendrán la oportunidad de rechazar esta inscripción y continuar con su opción de plan actual.

Para inscribirse en un plan MA-PD, los miembros deben estar inscritos en Medicare Partes A y B. Si desea inscribirse en un plan MA-PD antes del final del año en el que se inscribe en Medicare Partes A y B, comuníquese con Retiree Health Care Connect. La disponibilidad y el tipo de plan MA-PD para Usted a través del Plan depende del lugar donde vive, su condición en Medicare y otros factores. Para obtener más información acerca de las opciones de planes MA-PD disponibles en su área geográfica específica, comuníquese con Retiree Health Care Connect. Mientras se encuentre inscrito en un plan MA-PD, debe continuar pagando sus primas de Medicare Parte A (si se requieren) y Parte B. No obstante, los planes MA-PD pueden tener Contribuciones, Deducibles, Copagos y Coseguros diferentes a las otras opciones disponibles.

Además, los planes MA-PD pueden ofrecer beneficios, servicios y programas adicionales que no se ofrecen con Medicare Parte A y Parte B (tales como los programas de administración de atención y los programas de bienestar). La mayoría de los planes MA-PD (HMO) tienen redes de proveedores, por lo que, si está inscrito en uno de estos planes, deberá consultar a Proveedores dentro de la red y acudir a Hospitales específicos.

3. Opción Medicare Advantage

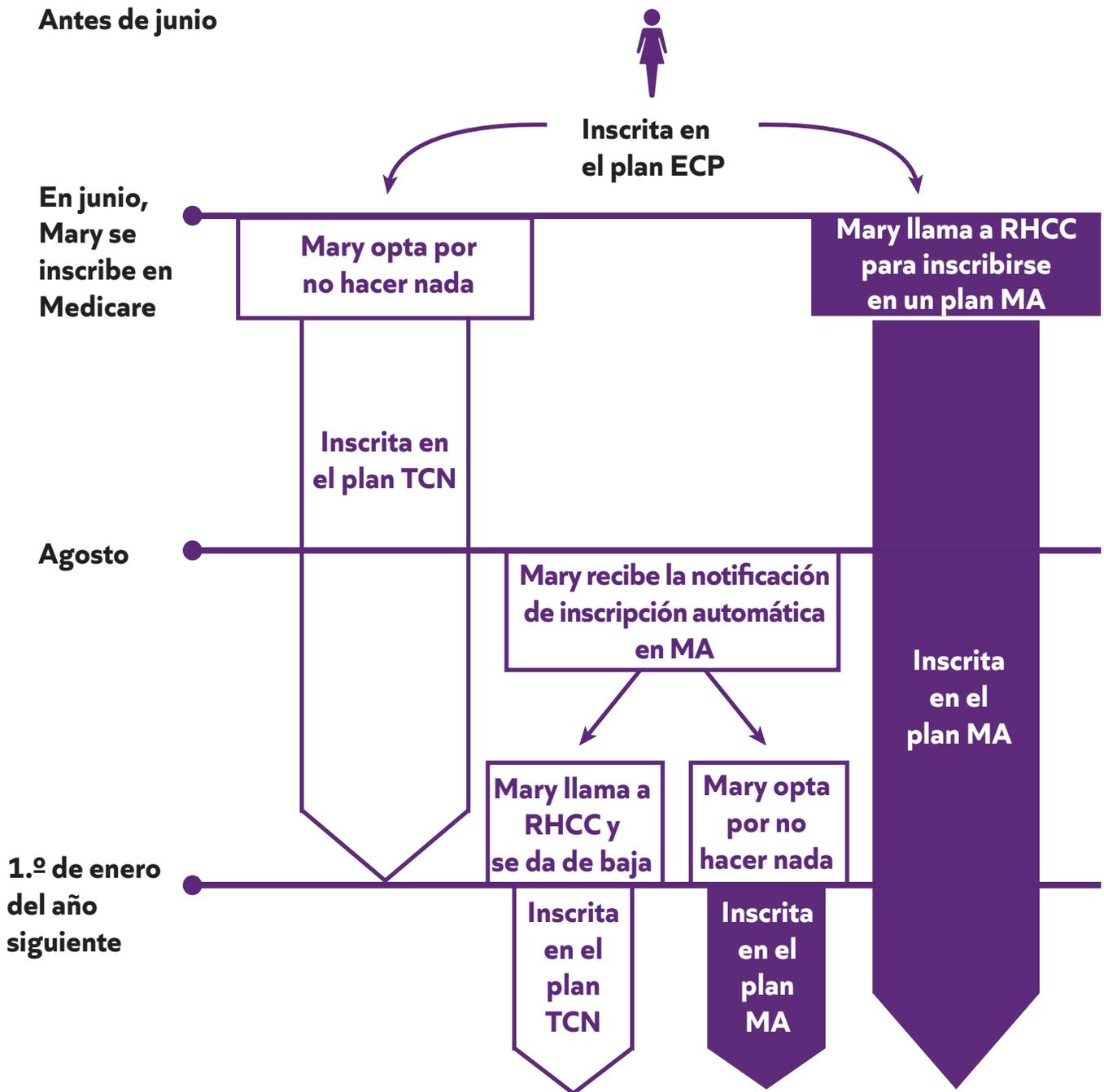
Los planes Medicare Advantage (MA) son planes de salud aprobados por Medicare y administrados por compañías privadas (Aseguradores). Los planes MA le brindan todos los beneficios de Medicare Parte A (cobertura hospitalaria) y Parte B (cobertura médica).

Para inscribirse en un plan MA, los miembros deben estar inscritos en Medicare Partes A y B. Si desea inscribirse en un plan MA antes del final del año en el que se inscribe en Medicare Partes A y B, comuníquese con Retiree Health Care Connect. El plan MA disponible para Usted depende de su domicilio permanente. Debe continuar pagando sus primas de Medicare Parte A (si se requieren) y Parte B. No obstante, los planes MA pueden tener Contribuciones, Deducibles, Copagos y Coseguros diferentes a las otras opciones disponibles.

Además, los planes MA pueden ofrecer beneficios, servicios y programas adicionales que no se ofrecen con Medicare Parte A y Parte B (tales como los programas de administración de atención y los programas de bienestar). La mayoría de los planes MA (HMO) tienen redes de proveedores, por lo que, si está inscrito en uno de estos planes, deberá consultar a Proveedores dentro de la red y acudir a Hospitales específicos.

4. Ejemplo ilustrativo sobre la inscripción en Medicare

Mary está inscrita en el plan ECP hasta que cumple 65 años y se inscribe en Medicare Partes A y B con vigencia a partir de junio. Puede inscribirse en Medicare a partir de marzo (consulte el próximo capítulo para obtener más información sobre los requisitos para Medicare). Cuando se inscribe en Medicare, el Fideicomiso le ofrecerá la opción de inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MA-PD) llamando a Retiree Health Care Connect. Si Mary no llama a Retiree Health Care Connect, se la inscribirá en el plan TCN hasta el final de ese año. Al final del año en el que Mary cumple 65 años y se inscribe en Medicare Partes A y B, recibirá una notificación donde se le informará que será inscrita en un plan MA-PD a menos que llame para darse de baja. Si se da de baja, permanecerá en el plan TCN. Si Mary no hace nada, quedará inscrita en el plan MA-PD a partir del 1.º de enero.



C. REGLAS SOBRE LAS OPCIONES DE PLANES PARA INSCRITOS SIN MEDICARE Y CON MEDICARE

1. Cobertura de medicamentos con receta

La cobertura de medicamentos con receta puede o no estar incluida dentro de la cobertura proporcionada por el plan médico y el Asegurador seleccionados. Si el plan médico y el Asegurador seleccionados no incluyen la cobertura de medicamentos con receta, el Plan los inscribirá a Usted y a sus Dependientes automáticamente en la cobertura de medicamentos con receta.

2. Plan dental

El plan dental que ofrece el Plan cuenta con dos niveles de Proveedores dentro de la red (uno de ellos con un costo compartido menor) y también con Proveedores fuera de la red (generalmente, con un costo compartido mayor).

3. Plan de la vista

El plan de la vista que ofrece el Plan cuenta con Proveedores dentro de la red (generalmente, con un costo compartido menor) y con Proveedores fuera de la red (generalmente, con un costo compartido mayor).

4. Plan de la audición

Todos los servicios cubiertos por el plan de la audición deben ser proporcionados por un Proveedor dentro de la red.

5. Beneficios de artículos de venta libre

Nota: Este beneficio no se brinda con los planes HMO para miembros sin Medicare ni con el plan Humana Commercial.

Este beneficio brinda un monto permitido anual que puede utilizarse para comprar medicamentos de venta libre y artículos para el cuidado de la salud sin receta que cumplan con los requisitos.

D. REGLAS SOBRE LAS OPCIONES DE PLANES

1. Inscripción continua: cambios en su elección de plan

Puede cambiar su elección de Plan en cualquier momento del año si transcurrieron 12 meses desde su último cambio de elección y sigue reuniendo los requisitos para la cobertura. Para hacer un cambio, llame a Retiree Health Care Connect. Normalmente, el cambio entrará en vigor el primer día del segundo mes posterior al mes en el que Retiree Health Care Connect recibe su solicitud de cambio (p. ej., el 1.º de junio si solicita el cambio en abril).

Cuando hace un cambio en su elección de Plan, debe esperar 12 meses para hacer otro cambio (a menos que reciba una notificación del Plan de una oportunidad adicional). Es posible que pueda hacer un cambio respecto de su elección de Plan antes en el caso de que se produzcan

ciertos hechos de la vida (como un cambio de domicilio permanente, la adición o eliminación de un Dependiente de la cobertura o el cumplimiento de los requisitos para Medicare) o si hay una nueva opción de plan disponible en su área de residencia.

Si está inscrito en una opción de plan MA o MA-PD, puede cancelar su inscripción en dicha opción de plan en cualquier momento. La cancelación entrará en vigor el primer día del mes posterior al mes en que notifique a Retiree Health Care Connect su intención de cancelar. Luego de que cancele la inscripción en una opción de plan MA o MA-PD, el Plan lo inscribirá en el plan TCN o en alguna otra opción de plan que Usted elija, en el caso de que reúna los requisitos para dicha opción. Si cancela su inscripción en un plan MA o MA-PD y se inscribe en otra opción de plan a mediados de año, su Deducible y sus otros montos acumulables de costo compartido podrían volver a \$0 en virtud de la nueva opción de plan.

2. Opción de plan para familias con Inscritos sin Medicare y con Medicare

Los grupos familiares con miembros inscritos en una opción de plan de Medicare y otros no inscritos en una opción de plan de Medicare (denominada “familia dividida”) pueden dividir las elecciones de planes médicos entre las opciones de planes disponibles para personas inscritas en Medicare y personas no inscritas en Medicare. Por ejemplo, cuando Usted o uno de sus Dependientes reúnen los requisitos para Medicare, se les ofrecerán opciones de planes de Medicare en virtud del Plan (a quien esté inscrito en Medicare). El resto de los miembros de su grupo familiar podrán continuar inscritos en sus planes actuales para miembros sin Medicare.

En el caso de que todos los miembros de un grupo familiar reúnan los requisitos para inscribirse en una opción de plan de Medicare (o ninguno de ellos reúna los requisitos para hacerlo), todos deberán elegir la misma opción de plan.

III. INTRODUCCIÓN A MEDICARE

A. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE MEDICARE

Medicare es un programa federal de atención de salud para personas de 65 años de edad en adelante y para ciertas personas menores de 65 años con una discapacidad grave a largo plazo, con enfermedad renal en etapa terminal o que hayan recibido un trasplante renal. Medicare consta de cuatro partes:

1. Medicare Parte A: seguro hospitalario. Con la Parte A, se paga la atención de un paciente internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada (tras una internación en un hospital), algunos servicios de atención de salud en el hogar y la atención en centros para enfermos terminales. Por lo general, no se cobra una prima mensual, pero se cobran deducibles por internaciones, y coseguros y copagos después de ciertos plazos de internación. Debe inscribirse en la Parte A cuando reúna los requisitos de cobertura del Plan por primera vez, a menos que eso haya ocurrido antes del 1.º de enero de 2017. Cancelar la inscripción en la Parte A tendrá el mismo efecto que si no se hubiera inscrito cuando reunió los requisitos por primera vez.

2. Medicare Parte B: seguro médico. Con la Parte B, se pagan los servicios de los médicos, incluidos algunos servicios de atención preventiva y muchos otros servicios y suministros médicos que no tienen cobertura con la Parte A. Se cobra una prima mensual, deducibles y coseguros. Debe inscribirse en la Parte B cuando reúna los requisitos por primera vez para evitar multas, costos de desembolso más elevados y un posible retraso en su inscripción en la Parte B. Puede adquirir Medicare Parte B, incluso si no reúne los requisitos para Medicare Parte A sin primas.

En ocasiones, a Medicare Parte A y Parte B se las denomina en conjunto “Medicare Original” o “Medicare Tradicional”, ya que esas partes fueron las primeras en crearse.

3. Medicare Parte C: planes Medicare Advantage. Las personas con Medicare Parte A y Parte B pueden optar por recibir todos los servicios de atención de salud a través de uno de estos planes. Un plan Medicare Advantage cubre lo mismo que Medicare Original y, por lo general, algunos beneficios adicionales. Estas opciones de planes de salud fueron aprobadas por Medicare y son administradas por compañías de seguros privadas (Aseguradores).

4. Medicare Parte D: cobertura de medicamentos con receta. La Parte D ayuda a pagar los medicamentos recetados por los médicos como parte de un tratamiento. Estos planes son aprobados por Medicare y administrados por compañías de seguros privadas (Aseguradores). El Fideicomiso patrocina un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare conforme a la Parte D para Usted y otros miembros que reúnan los requisitos para Medicare. Este plan de la Parte D se describe en mayor detalle en la sección V.

Medicare Parte A y Parte B están disponibles para casi todas las personas de 65 años o más que tienen derecho a recibir beneficios mensuales del Seguro Social o beneficios de jubilación calificados para empleados ferroviarios. Si Usted recibe beneficios del Seguro Social o de jubilación para empleados ferroviarios durante, por lo menos, cuatro (4) meses antes de cumplir 65 años, se lo inscribirá automáticamente en la Parte A y reunirá los requisitos para la Parte B a partir del primer día del mes en el que cumple 65 años. En general, Medicare lo inscribirá automáticamente en la Parte A, pero debe asegurarse de estar inscrito cuando cumpla 65 años.

Algunas personas deben comunicarse con la Administración del Seguro Social para inscribirse en Medicare Parte B, pero es posible que a otras personas se las inscriba automáticamente. Si esto último sucede en su caso, recibirá por correo una tarjeta roja, blanca y azul de Medicare tres meses antes de cumplir 65 años. De lo contrario, la recibirá después de inscribirse. Si no recibe su nueva credencial, debe llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 o ingresar al sitio web: <http://www.SSA.gov>. La Administración del Seguro Social deducirá las primas de la Parte B de sus beneficios mensuales de Seguro Social, si es posible, o se las facturará directamente si es que no recibe beneficios del Seguro Social.

Si aún no recibe beneficios del Seguro Social, es su responsabilidad comunicarse con la Administración del Seguro Social para solicitar Medicare Parte A y Parte B cuando cumple 65 años. La Administración del Seguro Social le sugiere que se comunique, por lo menos, tres meses antes de cumplir 65 años. Esto le dará tiempo suficiente para procesar su solicitud, para que Usted no se pierda la oportunidad inicial de inscripción. Además, si espera hasta el mes de su cumpleaños (o los tres meses posteriores), se retrasará el inicio de sus beneficios de Medicare. La duración del retraso dependerá de la fecha en que se inscriba. Si no se inscribe en Medicare Parte A y Parte B cuando reúne los requisitos por primera vez, se le puede cobrar una multa, la cual verá reflejada en el aumento de la prima mensual de la Parte A o la Parte B.

Las personas menores de 65 años que reciben beneficios por discapacidad a través de la Administración del Seguro Social o en virtud de las leyes de jubilación para empleados ferroviarios durante, por lo menos, 24 meses consecutivos también tienen derecho a inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. La cobertura comienza el primer día del mes n.º 25 en el que recibe beneficios por discapacidad y termina al final del mes posterior al mes en el que la Administración del Seguro Social le envía la notificación de finalización de los beneficios por discapacidad (es decir, Usted ya no tiene la discapacidad).

Las personas con enfermedad renal en etapa terminal también pueden reunir los requisitos para Medicare Parte A y Parte B. Si todavía no tiene 65 años ni tiene una discapacidad, pero tiene enfermedad renal en etapa terminal, tendrá derecho o reunirá los requisitos para acceder a Medicare el primer día del tercer mes posterior al mes de inicio del tratamiento de diálisis.

Si recibe un trasplante, tendrá derecho o reunirá los requisitos para Medicare dos meses antes del trasplante. Si se realiza autodiálisis, comienza a tener derecho o a reunir los requisitos para Medicare el mes en que inicia el tratamiento de diálisis si no reúne los requisitos para Medicare Parte A y Parte B cuando cumple 65 años, o deja de reunir los requisitos por circunstancias ajenas a su control, comuníquese con Retiree Health Care Connect para informar su situación.

Por lo general, Usted y sus Dependientes que reúnen los requisitos para Medicare deben inscribirse en Medicare Parte A cuando comienzan a reunir los requisitos por primera vez.

B. MULTA POR NO INSCRIBIRSE EN MEDICARE A TIEMPO

Es importante que Usted y sus Dependientes se inscriban en Medicare cuando reúnan los requisitos por primera vez.

Es posible que con Medicare Parte A deba pagar una prima mensual. Si no se inscribe cuando reúne los requisitos por primera vez, el costo de la prima de Medicare Parte A será un 10 % más alto. Deberá pagar esa multa durante el doble de la cantidad de años en los que podría haber tenido la Parte A, pero no se inscribió.

Con Medicare Parte B, se debe pagar una prima mensual. Si no se inscribe cuando reúne los requisitos por primera vez, el costo de la prima de Medicare Parte B será un 10 % más alto por cada período completo de 12 meses en el que reunía los requisitos para Medicare Parte B durante el período de inscripción inicial, pero no se inscribió. Esta multa no caduca.

Si no se inscribió cuando reunió los requisitos por primera vez, optó por no participar en las Partes A y B o canceló su inscripción, y luego decide inscribirse, debe esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta de Medicare Parte A y Parte B, que es del 1.º de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura de Medicare entrará en vigor el 1.º de julio del año en que se inscribe.

Es posible que no tenga la obligación de inscribirse en Medicare Parte B si tiene la cobertura de otro seguro, como la de su empleador actual o la del empleador actual de su Cónyuge. No se lo sancionará por inscripción tardía en Medicare Parte B si se inscribe en cuanto pierde la otra cobertura. No obstante, para mantener la cobertura de este Plan, deberá inscribirse en Medicare Parte A cuando reúna los requisitos. También deberá inscribirse en Medicare Parte B cuando reúna los requisitos para recibir el máximo de beneficios en virtud del Plan.

Si su ingreso familiar supera ciertos límites descritos por Medicare, Usted será responsable de pagar montos adicionales por la prima de la Parte B, así como también un monto mensual adicional para tener la Parte D (este monto se denomina “monto de ajuste mensual por ingresos de la Parte D”). Estos montos se pagan a la oficina de la Administración del Seguro Social, y el Plan no ejerce control alguno sobre ellos.

Información sobre Medicare para jubilados, Dependientes y Cónyuges o Parejas domésticas del mismo sexo supervivientes que reúnen los requisitos para Medicare

Todos los miembros del Plan deben inscribirse en Medicare Parte A y Parte B en cuanto reúnan los requisitos para hacerlo. Si Usted tiene derecho o reúne los requisitos para Medicare y no reunía los requisitos antes del 1.º de enero de 2017, sus beneficios en virtud del Plan se pagarán como si tuviera cobertura de Medicare, independientemente de si decide inscribirse en Medicare o no. Para evitar pagar desembolsos médicos adicionales, asegúrese de inscribirse en Medicare Parte A y Parte B cuando reúne los requisitos por primera vez.

El Plan brinda beneficios de cobertura de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a los Jubilados y Dependientes que reúnen los requisitos para Medicare a través de un plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D específico del Fideicomiso, que se explica en mayor detalle en la sección V. Sin embargo, si Usted o sus Dependientes se inscriben en un plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D que no se ofrece en virtud del Plan, sus beneficios de cobertura de medicamentos con receta del Plan finalizarán.

Si una persona está inscrita en Medicare y también en el Plan, este reducirá el monto que paga de manera tal que el total de beneficios que se pagan en virtud del Plan y los montos pagados por Medicare Partes A, B, C o D no superen el Monto permitido total. Si una persona reúne los requisitos para inscribirse, pero no está inscrita en Medicare Parte A y no reunía dichos requisitos antes del 1.º de enero de 2017, no reunirá los requisitos para obtener cobertura del Plan. Si un Inscrito reúne los requisitos, pero no está inscrito en Medicare Parte B, el Plan reducirá el monto que paga para que coincida con el monto que habría pagado si el miembro estuviese inscrito en Medicare Parte B.

IV. COBERTURA CUANDO TIENE MEDICARE

El Plan mejora su cobertura de Medicare cuando está inscrito en el plan Traditional Care Network (TCN). El plan TCN cubre la mayor parte de los beneficios que cubren Medicare Parte A y Parte B. Luego de que Medicare paga su parte de los beneficios cubiertos, por lo general, el plan TCN cubre el saldo del costo de esos servicios cubiertos. Usted será responsable de pagar el Deducible, el Coseguro y el Copago del Plan que correspondan.

NOTA: Si está inscrito en un plan MA o MA-PD, esta sección no se aplica a su caso. Comuníquese con su Asegurador para obtener más información acerca de sus beneficios médicos.

En esta sección, se explica en mayor detalle cómo funciona el plan TCN con Medicare.

A. COSTOS COMPARTIDOS DE MEDICARE

Con Medicare Parte A y Parte B, los beneficiarios deben pagar una parte del costo de la cobertura y una parte del costo de los servicios de atención de salud. Estos montos pueden ajustarse todos los años. Una lista completa de todos los montos se encuentra disponible en la copia más reciente del manual Medicare y Usted que es posible que haya recibido por correo, pero puede descargarlo en <http://www.medicare.gov> o solicitarlo al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Un Deducible es un monto de dinero fijo que Usted paga por año antes de que el plan de beneficios empiece a pagar sus costos médicos. En general, los servicios con los que no se requieren Copagos se contarán como parte de su Deducible.

Todos los meses, debe pagar la prima de la Parte B, la prima de la Parte A (si es que tiene) y el monto de ajuste mensual por ingresos (si corresponde).

Usted también debe pagar un deducible anual de la Parte B antes de que se pague algún costo de los servicios de atención de salud con Medicare (con algunas limitadas excepciones).

Si tiene alguna pregunta acerca de los montos de primas de Medicare Parte A o Parte B o de costos compartidos de Medicare, comuníquese con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 o ingrese al sitio web: <http://www.SSA.gov>.

B. CONSECUENCIAS DE NO INSCRIBIRSE EN MEDICARE

Usted DEBE inscribirse en Medicare Parte A y Parte B en cuanto reúna los requisitos.

Usted y sus Dependientes deben inscribirse en Medicare Parte A cuando reúnan los requisitos por primera vez, salvo que eso haya ocurrido antes del 1.º de enero de 2017. Si no lo hace, el Plan finalizará su cobertura el último día del período de siete meses en el cual reunía los requisitos para inscribirse en Medicare Parte A, pero no lo hizo. Por ejemplo, si cumple 65 años en abril, su período de siete meses para inscribirse en Medicare Parte A comienza el 1.º de enero y finaliza el 31 de julio. Por lo tanto, si no se inscribe en Medicare antes del 31 de julio, el Plan finalizará su cobertura el 31 de julio.

Si se inscribe en Medicare Parte A después de que finalice la cobertura y se comunica con Retiree Health Care Connect para informarnos que se inscribió, la cobertura del Plan se reactivará el primer día del mes luego de la fecha en que el Plan reciba una confirmación de Medicare que acredite que Usted se encuentra inscrito en Medicare Parte A. Los Dependientes cuya cobertura finalice en virtud del Plan debido a que el Inscrito primario perdió la cobertura de Medicare Parte A podrán restablecerla el primer día del mes luego de la fecha en que el Plan reciba una confirmación de Medicare que acredite que el Inscrito primario se encuentra inscrito en Medicare Parte A.

Usted DEBERÍA inscribirse en Medicare Parte B en cuanto reúna los requisitos.

Cuando reúne los requisitos para Medicare Parte B, el Plan pagará los reclamos como si estuviera inscrito en Medicare, independientemente de si se inscribió o no. Incluso si está exento de la multa por inscripción tardía de la Parte B (porque, por ejemplo, su cónyuge es actualmente empleado y le brinda cobertura), el Plan espera que se inscriba en la Parte B y gestionará sus reclamos como si se hubiera inscrito. Esto significa que, si usted reúne los requisitos para Medicare Parte B, pero no se inscribe, deberá pagar desembolsos médicos mucho más altos en virtud del Plan.

El Fideicomiso no pagará los montos que se hubieran pagado con Medicare. Usted será responsable de pagarlos. IMPORTANTE: Esto puede diferir de su cobertura anterior si reunía los requisitos para Medicare y era un empleado activo.

C. INSCRIPCIÓN OBLIGATORIA EN MEDICARE DE CÓNYUGES Y PAREJAS DOMÉSTICAS DEL MISMO SEXO SUPERVIVIENTES

Un Cónyuge o Pareja doméstica del mismo sexo superviviente que cumple 65 años debe inscribirse tanto en Medicare Parte A como Parte B cuando reúna los requisitos por primera vez.

El Plan finalizará la cobertura del Cónyuge o Pareja doméstica del mismo sexo superviviente si reúne los requisitos para inscribirse, pero no está inscrito, en Medicare Parte A y Parte B. Si un Cónyuge o Pareja doméstica del mismo sexo superviviente se inscribe en Medicare Parte A y Parte B luego de la finalización de la cobertura y se comunica con Retiree Health Care Connect para inscribirse en virtud del Plan, por lo general, la cobertura del Plan se reactivará el primer día del mes luego de la fecha en que Usted se comunique con Retiree Health Care Connect para inscribirse en virtud del Plan. El Plan exige una confirmación de Medicare que acredite que se realizó la inscripción en Medicare Parte A y Parte B antes de reactivar la cobertura.

D. CUÁNTO PAGA EL PLAN CUANDO TAMBIÉN TIENE COBERTURA DE MEDICARE

Para los Jubilados y sus Dependientes que reúnen los requisitos para Medicare, Medicare es el pagador primario de los beneficios y el Plan es el secundario. Esto significa que los reclamos se presentan primero a Medicare. Después de que Medicare haya procesado el reclamo, el saldo restante se presenta al Asegurador del Plan, que determinará si el servicio está cubierto por el Plan. Si tiene cobertura, el Plan paga en segundo lugar.

Cuando reúne los requisitos para Medicare Parte A y Parte B, el Plan procesará los reclamos de atención de salud como si estuviera inscrito en Medicare y utilizara los proveedores de Medicare. Si no está inscrito en Medicare, mientras tenga la cobertura del Plan, los montos que Medicare paga, o hubiera pagado, quedan excluidos de pago a través del Plan. Usted es responsable de cubrir esos montos.

No siempre Medicare y el Plan cubren todos los costos de atención de salud; en algunos casos, Medicare puede cubrir algunos gastos que no cubre el Plan y viceversa. Es posible que algunos servicios no estén cubiertos por Medicare ni por el Plan.

NOTA: Si tiene derecho a la cobertura de Medicare por haber sido diagnosticado con enfermedad renal en etapa terminal, es posible que estas reglas no se apliquen durante el período de coordinación de 30 meses (los primeros 30 meses posteriores al inicio del tratamiento de diálisis o al trasplante renal). Comuníquese con el Asegurador del Plan para obtener más detalles sobre cómo el Plan coordina los pagos en esta situación.

A continuación, se presenta un ejemplo del cálculo de beneficios cuando Medicare es el plan primario:

- George es jubilado del UAW. Tiene 70 años y está inscrito en Medicare Parte B.
- Cuando George recibe servicios cubiertos por la Parte B, Medicare es el plan primario, y el plan del Fideicomiso es el plan secundario.
- Los montos permitidos y los deducibles se incluyen con fines ilustrativos solamente.

El siguiente ejemplo supone que el deducible del Plan no se ha alcanzado:

Monto permitido de Medicare	\$1000
Menos el deducible de Medicare Parte B*	-233
80 % pagado por Medicare	-613.60
Coseguro de Medicare (20 %)	153.40
Monto total que no pagó Medicare (deducible de Medicare Parte B de \$233 más coseguro de Medicare de \$153.40)	\$386.40

Luego el reclamo se presenta para consideración de los beneficios conforme al plan del Fideicomiso de George:

Monto permitido de Medicare	\$1000
Monto que pagó Medicare	-613.60
Monto total que no pagó Medicare (deducible de Medicare Parte B de \$233 + coseguro de Medicare de \$153.40)	386.40
Menos el deducible del Plan (que paga George)	-386.40
Saldo	0

Menos el coseguro del Plan dentro de la red del 10 % (que paga George)	-0
Monto del pago secundario del Fideicomiso (que paga el Plan)	0
Pago total por los servicios (Medicare + Plan)	613.60
Pago total de George (Deducible + Coseguro del Plan)	\$386.40

** Esto es solo un ejemplo. Los deducibles reales varían de un año a otro.*

En este ejemplo, Medicare pagó un beneficio total de \$613.60. George pagó la suma restante, que se contabilizó como parte del Deducible de su Plan. Cuando George haya alcanzado el Deducible y cualquier costo compartido de su Plan, el Plan pagará la diferencia por los servicios cubiertos.

El siguiente ejemplo muestra el cálculo del pago secundario cuando se hayan alcanzado los deducibles de Medicare y del Plan:

Monto permitido de Medicare	\$1000
Menos el deducible de Medicare Parte B (previamente alcanzado)	-0
Saldo	1000
80 % pagado por Medicare	-800
Monto total que no pagó Medicare (coseguro de Medicare de \$200)	\$200

** Esto es solo un ejemplo. Los deducibles reales varían de un año a otro.*

Luego el reclamo se presenta para consideración de los beneficios conforme al Plan de George. Se realiza el siguiente cálculo:

Monto permitido de Medicare	\$1000
Monto que pagó Medicare	-800
Monto que no pagó Medicare	200
Menos el deducible del Plan (previamente alcanzado)	-0
Saldo a pagar por los servicios	200
Menos el coseguro dentro de la red del Plan del 10 % (que paga George)	-20
Monto del pago secundario del Plan (que paga el Plan)	180
Pago total por los servicios (\$800 de Medicare más \$180 del Plan)	980
Pago total de George (Coseguro)	\$20

** Esto es solo un ejemplo. Los deducibles reales varían de un año a otro.*

En este ejemplo, Medicare y el Plan pagaron beneficios por un total de \$980.

E. VISITAS A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD

Siempre que sea posible, debe seleccionar a un proveedor dentro de la red de Medicare, que en ocasiones se conoce como proveedor que “acepta la asignación” de Medicare. Esto significa que el Proveedor acepta el monto permitido de Medicare por los servicios y no puede facturarle ningún monto que supere el monto permitido. Al seleccionar un Proveedor que acepta la asignación de Medicare, sus costos de desembolso serán los mínimos posibles. Si opta por acudir a un Proveedor que no “acepta la asignación” de Medicare o a un Proveedor que no acepta pacientes de Medicare, el Plan pagará, como máximo, el monto que se habría pagado si hubiera acudido a un Proveedor que aceptara Medicare. Es posible que el Plan no cubra ninguna proporción del servicio de algunos Proveedores.

Debe usar un Proveedor que acepte pagos de Medicare para aprovechar al máximo sus beneficios.

Medicare cuenta con proveedores contratados para ciertas áreas de cobertura, como equipos médicos duraderos o suministros para diabetes. Debe usar un proveedor contratado de Medicare para obtener cobertura de Medicare en equipos médicos duraderos y suministros para diabetes. Más adelante en esta sección se brindan otros detalles sobre cada uno de ellos.

Algunos Proveedores que no aceptan la asignación de Medicare aceptan pagos de Medicare, pero les solicitan a sus pacientes que presenten los reclamos ellos mismos a Medicare, y también es posible que les cobren hasta un 15 % más que el monto permitido de Medicare, el cual Medicare no pagará. El Plan tampoco cubrirá este 15 %, pero es posible que pague parte de sus obligaciones de costo compartido después del pago de Medicare, sujeto al costo compartido del Plan que Usted deba pagar.

Algunos Proveedores dejan de participar en Medicare y piden a los pacientes que firmen un acuerdo donde se establece que el paciente comprende que Medicare no pagará. Debe ser cauteloso con estos acuerdos y con estos Proveedores, en especial si busca recibir servicios que normalmente Medicare cubre (como una visita de control o un examen de diagnóstico). Es posible que el Plan no tenga cobertura de servicios de estos Proveedores en absoluto o pague, como máximo, el monto que habría pagado si Usted hubiera acudido a un Proveedor dentro de la red de Medicare.

Para averiguar si los médicos, laboratorios y otros Proveedores a los que usted actualmente acude aceptan asignaciones de Medicare, debe preguntarles específicamente antes de recibir los servicios.

F. COBERTURA DE MEDICARE PARA SERVICIOS PREVENTIVOS

Medicare cubre muchos servicios de atención de salud para prevenir o detectar enfermedades en una fase temprana, cuando es probable que el tratamiento dé mejores resultados. Los servicios que Medicare considera preventivos se ofrecen sin costo. Ingrese en <http://www.medicare.gov> para obtener una lista vigente de los servicios preventivos.

G. VISITAS AL CONSULTORIO CON MEDICARE

En la actualidad, Medicare cubre una visita de “Bienvenida a Medicare” y una visita de control anual para todos sus beneficiarios con su médico de atención primaria. Los beneficiarios de Medicare realizan esta visita sin costo. También pueden realizar otras visitas al consultorio, además de la primera visita, sin costo si son para servicios preventivos.

Medicare cubrirá el 80 % del costo de las visitas al consultorio si son para atención o servicios no preventivos después de que se alcance el deducible de Medicare Parte B. El Plan no cubre ninguna parte de estas visitas. Usted será responsable de pagar el 20 % restante que Medicare no cubre. Además, el Plan no paga las visitas al consultorio que realizan los miembros de Medicare y que no están cubiertas con Medicare.

Medicare también cubrirá las visitas para la planificación anticipada de la atención, que pueden llevarse a cabo durante una visita al consultorio o por separado. La planificación anticipada de la atención es una conversación entre Usted y su médico sobre los planes futuros debido a una enfermedad específica que tiene. Estas conversaciones tienen como fin ayudarlo a tomar decisiones sobre cómo desea que se traten sus enfermedades actuales.

H. INTERNACIONES EN CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA CON MEDICARE

Un Centro de enfermería especializada (SNF) es un centro externo al Hospital en el que se brinda atención de enfermería las 24 horas bajo la supervisión de un profesional de la atención de la salud. El Plan cubre internaciones Médicamente necesarias en Centros de enfermería especializada dentro y fuera de la red. Después de una internación de tres días, Medicare y el Plan cubrirán su internación en un SNF dentro o fuera de la red para recibir rehabilitación y tratamientos adicionales. Cuando el Plan cubra su internación en un SNF, ya sea dentro o fuera de la red, el Plan cubrirá la parte que no paga Medicare, lo que no incluirá el Deducible ni el Coseguro que correspondan hasta alcanzar su Desembolso máximo. La cobertura del Plan es diferente para los SNF dentro y fuera de la red.

Beneficios en un Centro de enfermería especializada dentro de la red

Desde el primer día de su internación en un Centro de enfermería especializada (SNF) luego de una internación de tres días en un hospital y hasta la fecha del alta, el Plan cubrirá la parte que no paga Medicare, como se describe en la sección IV(H) “Internaciones en un Centro de enfermería especializada”. El Plan seguirá cubriendo las internaciones en un SNF si le dan de alta y vuelve a ingresar en el SNF en algún momento durante el año calendario.

El límite de cobertura de 100 días y la interrupción de 60 días entre internaciones en un SNF, que se aplican a las internaciones en SNF fuera de la red y se describen inmediatamente a continuación, no se aplican a internaciones en SNF dentro de la red.

Beneficios en un Centro de enfermería especializada fuera de la red

Este beneficio por internación cubierta en un SNF se limita a 100 días cubiertos tanto a través de Medicare Parte A como del Plan.

Después de una internación inicial en un SNF fuera de la red, tanto el Plan como Medicare exigen que se interrumpan los servicios del SNF durante un período de 60 días antes de que se vuelvan a cubrir más beneficios en este tipo de centro. Si, después de esos 60 días, Usted necesita días adicionales de internación en un SNF, el Plan los cubrirá si se trata de una internación posterior a una internación de tres días en un hospital (lo cual también es obligatorio para que la internación en un SNF esté cubierta por Medicare). El Plan cubrirá la parte que no paga Medicare como se describe en la sección IV(H) “Internaciones en un Centro de enfermería especializada”.

Además, al inicio de cada año del Plan, tendrá cobertura por otros 100 días de atención Médicamente necesaria en un SNF a través del Plan, incluso si no se han interrumpido los servicios que presta el SNF por un período de 60 días.

I. ATENCIÓN DE LA VISTA CON MEDICARE

El Plan ofrece atención de la vista de diagnóstico y de rutina. Es posible que el Plan cubra servicios de la vista de diagnóstico y de rutina que Medicare no cubra. Medicare NO cubre exámenes de la vista de rutina, refracciones oculares (exámenes que miden su visión a distancias específicas) ni anteojos, en la mayoría de los casos.

Determinados servicios o artículos relacionados con la atención de la vista están cubiertos por Medicare Parte B, sujeto al deducible y coseguro de la Parte B. Estos son algunos de los servicios y artículos cubiertos por Medicare:

- Examen ocular para diabéticos: para detectar retinopatía diabética en personas con diabetes. Se cubre uno cada 12 meses.
- Examen de detección de glaucoma: para detectar glaucoma en personas con diabetes u otras personas de alto riesgo. Se cubre uno cada 12 meses.
- Tratamiento de la degeneración macular: un tratamiento para algunas personas con degeneración macular relacionada con la edad.
- Anteojos después de una cirugía de cataratas: un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas con implante de lentes intraoculares.

Más adelante en esta SPD se describen los beneficios de atención de la vista con más detalle. Al final de esta SPD está la información de contacto del Asegurador de beneficios de atención de la vista.

J. COBERTURA DE MEDICARE PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES

Si recibe tratamiento para la diabetes de un Proveedor que acepta Medicare, Medicare cubrirá el tratamiento y los servicios de atención preventiva. Esto incluye lo siguiente:

1. Exámenes de detección de diabetes

Medicare cubre los exámenes de detección de diabetes si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta, antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos, obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre. También cubre los exámenes de detección de diabetes en función de determinados factores de riesgo, y es posible que Usted reúna los requisitos para recibir hasta dos exámenes de detección por año.

2. Capacitación para el autocontrol de la diabetes

Su Proveedor debe presentar una orden por escrito para que pueda recibir capacitación de educadores certificados en diabetes. El Plan cubrirá la parte del coseguro que le corresponde a Usted en virtud de Medicare.

3. Suministros para la diabetes

Medicare Parte B cubre los monitores de pruebas de azúcar en sangre, las tiras reactivas, lancetas y dispositivos para lancetas, las soluciones para el control de azúcar en sangre y los zapatos terapéuticos (en algunos casos). A través de la Parte B se cubre la insulina si se usa con una bomba de insulina. Si se usa de otra manera, puede tener cobertura a través del plan de la Parte D.

El Plan cubre su costo compartido de Medicare para los suministros para diabetes aprobados. El Plan cubrirá estos suministros solo cuando sean provistos por proveedores aprobados por Medicare. Para encontrar un proveedor aprobado por Medicare, visite <http://www.medicare.gov/supplier> o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los beneficios de Medicare pueden cambiar cada año, por lo que debe comunicarse con su Asegurador para averiguar cómo se cubre el tratamiento relacionado con la diabetes conforme a su Plan.

K. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS OBLIGATORIO

En algunos casos, puede tener la obligación de participar en el Programa de Administración de Casos. El Plan puede exigir la participación en el Programa de Administración de Casos ante determinadas afecciones complejas, graves o raras.

Si un Inscrito se rehúse a participar en el Programa de Administración de Casos obligatorio, es posible que no se pague la parte de la obligación financiera que le corresponde al Plan por los servicios médicos, tratamientos, situaciones, medicamentos con receta y otros servicios relacionados con la afección. Los inscritos en Medicare Parte A y Parte B seguirán teniendo cobertura de la parte correspondiente de la obligación financiera de Medicare, dado que el Programa de Administración de Casos no es un requisito obligatorio para Medicare Original. En ese caso, Medicare podrá pagar la parte correspondiente, pero el Plan no pagará la parte restante de ningún reclamo.

L. TRASPLANTES DE ÓRGANOS

La cobertura para el trasplante de órganos se limita solo a aquellos casos cubiertos por Medicare y realizados en centros aprobados por Medicare. Medicare cubrirá el trasplante y el Plan cubrirán los costos compartidos de Medicare relacionados si Usted está inscrito en el Programa de Administración de Casos. De todos modos, puede tener algún costo compartido del Plan asociado al trasplante.

La inscripción en el Programa de Administración de Casos es obligatoria para todos los tipos de trasplantes, excepto de córnea, piel o riñón (a menos que el trasplante de riñón se realice junto con otro órgano, como el páncreas). Si no participa en el Programa de Administración de Casos, la parte del costo compartido de Medicare que le corresponde al Plan por todos los servicios de trasplante, tratamientos, medicamentos con receta y otros servicios relacionados con el trasplante no estará cubierta. Para que tenga más probabilidades de que el trasplante sea satisfactorio, su inscripción en el Programa de Administración de Casos comenzará antes de que se realice el trasplante y continuará después de la cirugía.

M. EQUIPO MÉDICO DURADERO Y DISPOSITIVOS PROTÉSICOS Y ORTOPÉDICOS

Se brinda cobertura, hasta el Monto permitido de Medicare, para Equipo médico duradero (DME) y dispositivos protésicos y ortopédicos Médicamente necesarios indicados por su Proveedor. Si los aparatos y equipos se obtienen de un proveedor no aprobado por Medicare, el Plan no pagará los montos cubiertos en coordinación con Medicare, y Usted será responsable de pagar el cargo total del proveedor, así como también cualquier monto adicional relacionado. Para evitar costos adicionales, debe usar proveedores contratados por Medicare para adquirir cualquier DME o dispositivo protésico y ortopédico cubierto por Medicare. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite <http://www.medicare.gov/supplier> para obtener información adicional sobre los tipos de DME y dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare, y sobre dónde encontrar un proveedor aprobado por Medicare.

Por lo general, la cobertura de DME y de dispositivos protésicos y ortopédicos se limita a equipos y dispositivos cubiertos por Medicare. Sin embargo, el Plan cubre algunos DME o dispositivos protésicos y ortopédicos que Medicare no cubre. Comuníquese con su Asegurador para averiguar si algún DME o dispositivo protésico u ortopédico específico constituye un beneficio cubierto.

NOTA: El tipo de DME y dispositivo protésico y ortopédico cubierto no es siempre el mismo (en cuanto a la marca, el tipo o el diseño) entre los proveedores aprobados por Medicare.

Deberá obtener los suministros para diabetes conforme a Medicare de un proveedor aprobado y contratado. Para obtener más información sobre la cobertura de suministros para diabetes, consulte la sección IV(J) de esta SPD.

Para recibir cobertura de DME, debe acudir a un proveedor aprobado por Medicare.

Debe asegurarse de que cualquier proveedor al que acuda tenga un contrato con Medicare.

N. COBERTURA DEL PLAN MÁS ALLÁ DE MEDICARE

La cobertura a través de Medicare Parte A y Parte B tiene limitaciones con respecto a varios beneficios. Por ejemplo, los días de internación en Hospital, la atención de salud en el hogar y la terapia física están sujetos a límites. En general, los beneficios médicos del Plan coinciden con los de Medicare Parte A y Parte B. Sin embargo, en ocasiones, el Plan cubrirá beneficios médicos adicionales más allá de los que cubren Medicare Parte A y Parte B.

A veces, el Plan cubre más visitas o días de un beneficio en particular que Medicare. Cuando Usted alcanza el límite de Medicare, debe consultar la sección VI de esta SPD “Beneficios médicos para los Inscritos en planes ECP, TCN y Humana Commercial” si es que no hay una subsección para ese beneficio más arriba. En particular, debe consultar las subsecciones “Cobertura hospitalaria”, “Cobertura de atención de salud en el hogar”, “Servicios de observación” y “Cobertura de Centros independientes para pacientes ambulatorios”.

Los beneficios del Plan más allá de Medicare igual se coordinan con Medicare; no se suman entre sí. Por ejemplo, es posible que Medicare no cubra su internación en un Hospital después de 90 días. A través del beneficio del Plan, Usted obtiene hasta 365 días de atención, pero el Plan habrá coordinado su cobertura con Medicare para los primeros 90 días, por lo que le quedarán 275 días de internación en un Hospital cubiertos por el Plan (365 días menos los 90 días ya cubiertos por Medicare). Durante esos primeros 90 días, el Plan brinda cobertura secundaria de los costos no cubiertos por Medicare, y Usted pagaría el costo compartido del Plan que corresponda.

O. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS CON DOS O MÁS PLANES Y MEDICARE

Si Usted reúne los requisitos para Medicare, por lo general, Medicare será el pagador primario de los gastos de atención de salud y el Plan será el pagador secundario. Sus reclamos se deben presentar primero a Medicare y luego al Asegurador para la coordinación de los beneficios. Medicare brinda algunos beneficios adicionales, como visitas al consultorio para los miembros de Medicare que no están cubiertas por el Plan.

Independientemente de si Usted recibe servicios de un Proveedor que participa en Medicare o no, los beneficios que paga el Plan se limitarán a un monto equivalente al pago del saldo secundario que se habría pagado si hubiera recibido servicios de un Proveedor que participa en Medicare.

El siguiente cuadro puede ser de utilidad.

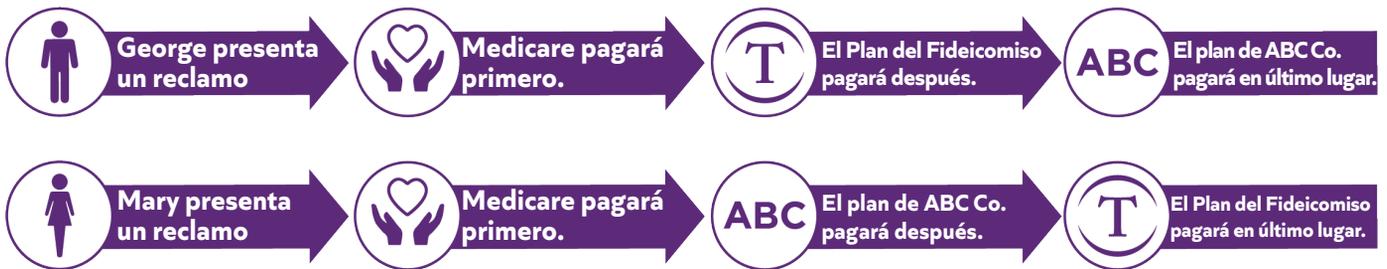


George:
jubilado del Fideicomiso (titular de la póliza) y miembro de Medicare



Mary:
jubilada de ABC (titular de la póliza) y miembro de Medicare

George y Mary están casados y figuran como cónyuges dependientes en la cobertura del otro.



A diferencia de lo indicado en el cuadro anterior, donde George está cubierto como Dependiente en el plan de Mary como jubilada de ABC Co., es posible que Usted esté cubierto como Dependiente en la cobertura de salud de empleado activo de su Cónyuge. Si Usted tiene cobertura del Plan y de Medicare y figura como Dependiente en una cobertura de salud de empleado activo de su Cónyuge, sus reclamos serán cubiertos primero por la cobertura de salud de empleado activo de su Cónyuge, después por Medicare como pagador secundario y, en tercer lugar, por el Plan.

P. PROCESO DE RECLAMOS Y APELACIONES CONFORME A MEDICARE

Para apelar una decisión sobre un reclamo médico de Medicare, debe seguir el proceso de apelación de Medicare. Los inscritos en Medicare deben presentar todos los reclamos a Medicare antes de presentarlos a un Asegurador. En muchos estados, un Asegurador tiene un acuerdo con Medicare para que, cuando Medicare procese el reclamo, le envíe la información directamente al Asegurador, que luego procesa el saldo secundario. Recibirá una Explicación de beneficios (EOB) combinada donde se indica cómo Medicare y el Plan pagaron el reclamo.

Si Usted presenta una apelación por un beneficio no cubierto por Medicare o por el cumplimiento de los requisitos del Plan, debe consultar la sección X de esta SPD.

V. COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DEL PLAN DE LA PARTE D

Si está inscrito en un plan HMO MA o en el plan TCN, esta sección se aplica a su caso.

Si está inscrito en un plan MA-PD HMO o MA-PD PPO, esta sección no se aplica a su caso. Para obtener información sobre sus beneficios de medicamentos con receta, debe consultar la Evidencia de cobertura del plan MA-PD. No puede estar inscrito en un plan MA-PD y en este plan de medicamentos con receta de la Parte D al mismo tiempo.

A. COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA EN MEDICARE (PARTE D)

Medicare cubre los medicamentos con receta a través de la Parte D, al igual que como se cubren los beneficios de internación a través de la Parte A y los servicios médicamente necesarios a través de la Parte B. En lo que se diferencia la Parte D de las Partes A y B es que Medicare no administra el beneficio en sí. En cambio, Medicare celebra contratos con organizaciones privadas, con frecuencia administradores de beneficios de farmacia (PBM) o aseguradoras, para que administren el beneficio de parte de Medicare. Estos Planes de la Parte D deben cumplir con las reglas de Medicare.

B. CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA A TRAVÉS DEL PLAN

El Plan celebra un contrato con un PBM para ofrecerles un plan de la Parte D a Usted y sus Dependientes inscritos en Medicare. A este plan a menudo se lo llama “Plan de exención grupal del sindicato y el empleador” (EGWP).

1. Inscripción automática en el EGWP de la Parte D

Si Usted no tiene cobertura de medicamentos con receta de la Parte D fuera del Plan, cuando se inscriba por primera vez en Medicare Parte A o Parte B, el Plan lo inscribirá automáticamente en el EGWP de la Parte D. Esta inscripción automática entrará en vigor el primer día del segundo mes posterior a la fecha en que se notifique al Plan que Usted se inscribió en Medicare Parte A o Parte B. Antes de que se lo inscriba automáticamente en el EGWP de la Parte D, tendrá la oportunidad de darse de baja. No obstante, si decide darse de baja del EGWP de la Parte D antes de la inscripción o si posteriormente opta por cancelar su inscripción, no tendrá cobertura de medicamentos con receta a través del Plan.

2. Darse de baja de la inscripción automática en el EGWP de la Parte D

Si decide darse de baja del EGWP de la Parte D y no se inscribe de inmediato en otro plan de la Parte D, sino que lo hace más adelante, es probable que tenga que pagar una multa por inscripción tardía. Si se da de baja por error, tendrá la oportunidad de reinscribirse y debe hacerlo lo antes posible. Si se da de baja del plan de la Parte D y no está inscrito en alguno de los planes MA-PD del Plan, los costos de medicamentos serán responsabilidad suya o de otro plan en el que esté inscrito.

Sea muy cauteloso a la hora de inscribirse en otro plan de medicamentos. Dado que el Plan brinda cobertura de medicamentos con receta para los Jubilados y Dependientes que están inscritos en Medicare, Usted no debe inscribirse en un plan de medicamentos con receta de la Parte D que no pertenezca al Fideicomiso.

Perderá la cobertura de medicamentos con receta del Plan si Usted o sus Dependientes se inscriben en un plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D que no pertenece al Fideicomiso.

3. Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage ofrecido por el Fideicomiso

Puede inscribirse en un plan Medicare Advantage (MA) ofrecido por el Fideicomiso con cobertura médica únicamente y en el EGWP de la Parte D del Plan. Sin embargo, si está inscrito en un plan MA ofrecido por el Fideicomiso y opta por inscribirse en un plan de la Parte D externo (cualquier plan de la Parte D que no le ofrezca el Fideicomiso), se cancelará su inscripción en el plan MA. Lo inscribiremos automáticamente en el plan Traditional Care Network (TCN), y no tendrá cobertura de medicamentos a través del Plan. Si tiene preguntas acerca de la cobertura de medicamentos con receta, comuníquese con Retiree Health Care Connect.

4. Si reúne los requisitos para inscribirse y está inscrito en Medicare, pero sus Dependientes no

Si reúne los requisitos para Medicare y está inscrito en la Parte A y la Parte B, pero sus Dependientes no reúnen los requisitos para Medicare, estos recibirán cobertura de medicamentos con receta a través del plan de salud para miembros sin Medicare en el que estén inscritos (si dicho plan incluye cobertura de medicamentos con receta), o bien el Plan los inscribirá automáticamente en una cobertura de medicamentos con receta para miembros sin Medicare.

5. Más información sobre los beneficios de medicamentos con receta del EGWP de la Parte D del Plan

Recibirá una tarjeta para medicamentos con receta por separado y diversas comunicaciones del EGWP de la Parte D con más detalles sobre los beneficios. En las siguientes subsecciones, se explican algunos aspectos y diferencias que debe saber acerca de esta cobertura.

El EGWP de la Parte D tiene una estructura de Copagos por niveles, ofrece un programa de venta por correo para suministros de 90 días y requiere Autorizaciones previas para ciertos medicamentos.

C. FORMULARIO Y MEDICAMENTOS CON COBERTURA DEL PLAN

El EGWP de la Parte D del Plan, al igual que todos los planes de medicamentos con receta, cubre una lista específica de medicamentos. Esta lista se denomina Formulario e incluye los medicamentos cubiertos, las concentraciones de dosis cubiertas de esos medicamentos y las limitaciones que el Plan haya establecido para surtir ese medicamento. El Formulario del EGWP de la Parte D es aprobado por Medicare cada año antes de que forme parte de su Plan. Usted recibirá un resumen anual de este Formulario junto con las comunicaciones del EGWP de la Parte D.

Para determinar si un medicamento específico tiene cobertura o no, debe buscarlo en el sitio web del administrador de beneficios de farmacia (PBM) o comunicarse telefónicamente con el PBM. Puede encontrar el sitio web y el número de teléfono de atención al cliente del PBM en la parte posterior de su tarjeta de identificación de beneficios de farmacia.

D. MEDICAMENTOS GENÉRICOS Y DE MARCA

Los medicamentos con receta se distribuyen con dos nombres: el nombre genérico y el nombre de la marca. Un medicamento genérico es el equivalente químico a un medicamento de marca cuya patente ha vencido.

Tendrá costos de desembolsos más bajos si le pide a su médico que le recete medicamentos genéricos cuando sea posible.

Por ley, tanto los medicamentos genéricos como los de marca deben cumplir con los mismos estándares de seguridad, pureza y eficacia.

Los medicamentos genéricos ayudan a controlar el costo de la atención de salud al tiempo que brindan medicina de calidad. Además, los medicamentos genéricos pueden ser una importante fuente de ahorro tanto para Usted como para el Plan. Cuando recibe un medicamento de marca, suele pagar más porque son más costosos. Su médico o farmacéutico pueden ayudarlo a sustituir un medicamento genérico cuando corresponda. Los medicamentos genéricos tienen, por lo general, un Copago más bajo que los medicamentos de marca. Cuando adquiera un medicamento de marca en lugar de su versión genérica equivalente, Usted tendrá que pagar un Copago más alto. Le recomendamos, siempre que sea posible y adecuado, que le pida a su Proveedor que le recete medicamentos genéricos, los cuales tendrán un menor costo para Usted.

El EGWP de la Parte D coloca a los medicamentos cubiertos en virtud del Formulario en niveles que tienen diferentes montos de costo compartido. Los montos de costo compartido por nivel se enumeran en la Lista de beneficios y en la Carta con los aspectos destacados de los beneficios más reciente.

Si su médico no indicó en la receta “entregar como se indica” o DAW, automáticamente se surtirá un medicamento genérico. Si aun así solicita el medicamento de marca y este se aprueba, pagará un Copago más alto.

Los productos biológicos y los medicamentos biosimilares se manejan de una manera parecida a la de los medicamentos genéricos y de marca. Los productos biológicos son una clase especial de medicamentos que se obtienen a partir de organismos vivos para producir el principio activo. Los medicamentos biosimilares son la versión genérica de los productos biológicos. Es posible que los medicamentos biosimilares no puedan sustituirse automáticamente cuando obtiene un producto biológico recetado, así que debe hablar con su médico sobre la disponibilidad de un medicamento biosimilar más económico.

E. DÓNDE SURTIR UN MEDICAMENTO CON RECETA

El EGWP de la Parte D surte medicamentos en una farmacia minorista o una farmacia de venta por correo. No está obligado a usar la farmacia de venta por correo, pero si lo hace, tendrá un ahorro personal considerable.

1. Farmacia de venta por correo

La venta por correo le permite obtener un suministro para hasta 90 días de los medicamentos con receta que toma de manera regular y recurrente. Todos los medicamentos con receta de venta por correo se envían por correo directamente a su hogar.

Para comenzar a utilizar el servicio de venta por correo, complete el formulario de pedido de medicamentos con receta del PBM y envíeselo por correo junto con la receta original del médico. Recibirá su primer medicamento con receta alrededor de dos semanas después de que el PBM reciba su receta. Si necesita un medicamento de inmediato, asegúrese de que su Proveedor le dé dos recetas: una receta para un suministro de 31 días para usar en una farmacia minorista de inmediato y una segunda receta para un suministro de 90 días para enviar a la farmacia de venta por correo. En este caso, la farmacia de venta por correo surtirá el suministro de medicamentos con receta de 90 días alrededor de tres semanas después de que se procese su reclamo minorista. Para volver a surtir un medicamento con receta, puede pedirlo usando el sitio web del PBM, llamando al PBM, utilizando la aplicación móvil del PBM o enviando por correo el comprobante de pedido.

Cuando tiene una nueva receta (más allá de si ya tomó ese medicamento antes o no), puede pedir que el Proveedor envíe directamente esa receta a la farmacia de venta por correo. La farmacia de venta por correo debería entonces obtener su permiso para surtir ese medicamento. Si Usted obtuvo un medicamento a través del programa de venta por correo en los últimos 12 meses, la farmacia de venta por correo no necesitará su permiso para surtir el medicamento, sino que simplemente se lo enviará. Si en la farmacia de venta por correo le piden su permiso para surtir el medicamento, debe responder lo más rápido posible para evitar cualquier demora en su recepción.

Es posible que se le ofrezca la oportunidad de que se le vuelvan a surtir los medicamentos automáticamente a través de la venta por correo. El programa para volver a surtir un medicamento con receta de forma automática es voluntario. En la información de este programa que Usted reciba se le explicarán los requisitos para participar de dicho programa según las reglas de Medicare.

Algunos medicamentos, incluidos los medicamentos de especialidad, pueden estar disponibles solo para un suministro de 31 días. Le recomendamos que se comunique con el PBM para determinar qué medicamentos están disponibles solo para un suministro de 31 días. Para encontrar la información de contacto de su farmacia de venta por correo, consulte el PBM en las páginas de información de contacto al final de esta SPD.

2. Farmacia minorista

Usted tiene la opción de surtir sus medicamentos con receta en persona en farmacias minoristas de la red en todo el país.

Para los suministros de 31 días, en particular las recetas de sustancias controladas o los medicamentos para los cuales Usted y su Proveedor aún están tratando de encontrar la concentración adecuada, le recomendamos usar la farmacia minorista. Es posible que no esté permitido surtir algunos medicamentos en la farmacia de venta por correo. Puede elegir recibir medicamentos con receta para más de 31 días en una farmacia minorista, pero posiblemente le costarán más.

3. Farmacia de especialidad

Es posible que le receten un medicamento de especialidad. Los medicamentos de especialidad son productos que se inyectan, infunden, inhalan o administran por vía oral y tienen requisitos específicos en cuanto a su dosis o administración. Muchos de ellos no están disponibles en farmacias minoristas, sino que deben obtenerse en una farmacia de especialidad designada. En la mayoría de los casos, una vez que Usted paga el Copago requerido, la farmacia de especialidad le envía el medicamento de especialidad y cualquier suministro necesario directamente a su hogar. Por lo general, los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro de 31 días.

F. COPAGOS DE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA

El monto del Copago de los medicamentos con receta se basa en el nivel del medicamento. Por lo general, existen distintos niveles en función de si el medicamento es genérico o de marca. El monto del Copago puede ser diferente según si obtiene el medicamento en una farmacia minorista o en una farmacia de venta por correo. Los montos del Copago se muestran por categoría y por nivel en la Lista de beneficios y la Carta con los aspectos destacados de los beneficios más reciente. Medicare tiene determinados montos máximos para los Copagos permitidos, pero es posible que el Plan cubra parte del Copago de la Parte D, por lo que Usted tiene que pagar un Copago más bajo. Si el precio con descuento del medicamento con receta es más bajo que su Copago, se le cobrará el monto más bajo.

Medicare Parte D no cubre el costo completo de los medicamentos con receta. El Plan paga parte del costo de los medicamentos con receta cubiertos. Usted solo deberá pagar el costo compartido que se describe en la Lista de beneficios o un monto menor en ciertas circunstancias.

Ayuda Extra: Ayuda Extra es un programa aprobado de Medicare que puede ayudarlo a ahorrar en los costos de los medicamentos con receta de Medicare Parte D. Como miembro del Plan inscrito en Medicare, es posible que Usted cumpla determinados límites de ingresos y recursos para acceder a reducciones significativas en los Copagos que debe por cada medicamento con receta. Para obtener más información sobre este programa, puede comunicarse con Public Consulting Group al 1-877-522-1061.

G. ADMINISTRACIÓN DE LA UTILIZACIÓN

El Plan tiene ciertas limitaciones y requiere autorizaciones para determinados medicamentos con receta cubiertos.

1. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, la cantidad que cubre el Plan es limitada. El Plan puede limitar la cantidad del medicamento que Usted reciba cada vez que surte su receta.

Estos límites se basan en los estándares nacionales y las pautas de seguridad actuales de las publicaciones médicas. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de determinado medicamento, es posible que el Plan limite la cobertura de su receta a una pastilla por día como máximo. En el Formulario, estos medicamentos se identifican con el código “QL” (límite de cantidad).

2. Límites de duración de la dosis

Para determinados medicamentos, es posible que el Plan cubra solo una dosis específica del medicamento en un período de tiempo específico.

3. Optimización de la dosis y consolidación de comprimidos

A veces, el PBM notificará a su Proveedor si existe la oportunidad de reducir la cantidad de unidades de dosificación entregadas, sin dejar de satisfacer la totalidad de sus necesidades terapéuticas. Por ejemplo, “consolidación de comprimidos” significa que Usted toma un comprimido de mayor concentración al día en lugar de dos comprimidos de menor concentración al día (es decir, la misma dosis diaria total).

4. Autorización previa

El EGWP de la Parte D requiere la revisión de uno de sus farmacéuticos para determinar si determinados medicamentos cumplen los requisitos para la cobertura en virtud del Plan. Esto se denomina Autorización previa y, en ocasiones, preaprobación. Por ejemplo, la Autorización previa puede utilizarse para confirmar el diagnóstico para el cual se receta el medicamento. Si su Proveedor le receta un medicamento que requiere Autorización previa, el PBM se comunicará con él para completar la revisión relacionada con la Autorización previa. Si su Proveedor le receta un medicamento para un uso no indicado en la etiqueta, es posible que se cubra si los principales compendios de medicamentos o publicaciones médicas serias respaldan dicho uso.

5. Terapia escalonada

En algunos casos, primero debe probar determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que el Plan cubra otro medicamento para esa misma afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su afección médica, es posible que el Plan no cubra el medicamento B, a menos que pruebe el medicamento A primero.

Cada una de estas restricciones debe estar aprobada por Medicare, y muchas de ellas son exigidas por Medicare para los planes de la Parte D.

H. EXCLUSIONES DE LOS GASTOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Los servicios de medicamentos con receta, suministros y medicamentos no cubiertos en el Plan incluyen los siguientes:

- Medicamentos no aprobados por la FDA.
- Medicamentos de venta libre disponibles sin receta (con excepción de, por ejemplo, la insulina cubierta).

- Medicamentos con la etiqueta “Precaución: limitado para uso de investigación por ley federal”.
- Los medicamentos que se utilizan con fines estéticos, incluso si contienen un medicamento con la leyenda federal, es decir, medicamentos que requieren una receta (cabe destacar que el tratamiento de la disforia de género no debe considerarse un fin estético).
- Dispositivos o aparatos médicos que se utilizan para la obtención de medicamentos con receta o en relación con ellos (aunque es posible que dichos dispositivos y aparatos estén cubiertos a través de su plan médico). Para obtener información sobre cobertura, comuníquese con el Asegurador.
- Cargos para volver a surtir más medicamentos con receta de los que su médico especifica o para volver a surtir un medicamento con receta después de que haya pasado un año de la fecha original de la receta.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Alimentos y suplementos nutricionales que incluyen, entre otros, comidas caseras, leche en polvo, alimentos, dietas, vitaminas, plantas medicinales y minerales, que se puedan comprar con o sin receta (con excepción de, por ejemplo, alimentos y suplementos nutricionales proporcionados durante una internación cubierta y a través de vía intravenosa en el hogar, vitaminas prenatales y vitaminas o minerales que requieren receta médica y se usan para el tratamiento o la prevención de una afección de salud documentada).
- Sustancias y servicios homeopáticos, naprapáticos o naturopáticos.
- Medicamentos para mejorar el rendimiento deportivo, como los esteroides anabólicos.
- Determinados productos dentales (para determinar si un producto dental en particular está cubierto, comuníquese con el PBM).
- Productos cosméticos para el tratamiento de la piel (con excepción de Retin-A y Accutane, que se pagan hasta los 26 años cuando son Medicamento necesarios).
- Medicamentos para controlar el peso o anorexígenos.
- Recetas de fórmulas magistrales en las que no haya al menos un ingrediente que constituya un medicamento con leyenda federal que exige la presentación de una receta, según se define en la legislación estatal o federal.
- Productos o medicamentos para el hogar proporcionados por un Hospital, sala de emergencias, establecimiento o centro quirúrgico ambulatorio, consultorio del Proveedor u otro centro de atención de salud.

Nota: Los suministros para diabéticos están cubiertos a través de Medicare Parte B o del programa de equipo médico duradero (DME) del Asegurador (p. ej., monitor de glucosa en sangre para el hogar, tiras reactivas, etc.). Para obtener información más detallada, consulte la sección IV, subsección J.

VI. BENEFICIOS MÉDICOS PARA LOS INSCRITOS EN PLANES ECP, TCN Y HUMANA COMMERCIAL

Por lo general, en esta sección se describen los beneficios médicos para todos los Inscritos en planes Enhanced Care PPO (ECP), Traditional Care Network (TCN) y Humana Commercial. Si una subsección no se aplica a todos los planes, sino a algunos en particular, se indica más abajo. Esta es solo una descripción general de beneficios. Algunos de los términos específicos utilizados en esta sección se definen en “Referencias rápidas” al final de esta SPD.

Para comprender la totalidad de sus beneficios, es importante que también consulte la Lista de beneficios, el Resumen de beneficios de atención médica y la Carta con los aspectos destacados de los beneficios. Si está inscrito en el plan TCN, es importante que también consulte el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/what-medicare-covers>), ya que el plan TCN cubre la mayor parte de los beneficios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

NOTA: Si está inscrito en un plan HMO, MA-PD HMO, PPO o Medicare Advantage HMO, esta sección no se aplica a su caso. Debe consultar su Certificado de cobertura o Evidencia de cobertura para obtener más información sobre sus beneficios médicos.

Usted es responsable de costos compartidos a través de Deducibles, Coseguros y Copagos. Consulte estos montos en la Lista de beneficios o en la Carta con los aspectos destacados de los beneficios de atención de salud más reciente.

A. COSTOS COMPARTIDOS DE TODAS LAS OPCIONES

Usted es responsable de pagar determinados costos de la cobertura de atención de salud, como se explica a continuación.

1. Deducible anual: el monto total que debe pagar cada año calendario por los servicios cubiertos antes de que el Plan los pague. Los Deducibles pueden variar según la cantidad de Dependientes incluidos en su cobertura. Una vez que se alcanza el Deducible, se puede aplicar un Coseguro para los suministros o servicios cubiertos que reciba. También pueden corresponder Deducibles por separado para servicios dentro de la red y fuera de la red.

2. Coseguro: el monto que debe pagarle a un Proveedor por servicios o suministros cubiertos específicos después de haber alcanzado el Deducible correspondiente y hasta que alcance el Desembolso máximo anual. Este monto se calcula como un porcentaje del Monto permitido para cada suministro o servicio cubierto. Por ejemplo, si el Coseguro es del 10 % para un servicio cubierto específico, el Plan pagaría el 90 % del Monto permitido y Usted debería pagar el 10 % restante. Los porcentajes de Coseguros pueden variar en función de si los servicios cubiertos se obtienen de Proveedores de la red o no.

3. Copago: un monto fijo en dólares que deberá pagarle a un Proveedor por servicios o suministros médicos específicos cubiertos (como visitas al consultorio, visitas a la sala de emergencia, atención de urgencia o medicamentos con receta) en el momento en que se proporciona el servicio o el suministro. Usted es responsable de pagar todos los Copagos requeridos, independientemente del estado de los Deducibles o Desembolsos máximos correspondientes. En general, los Copagos no se contabilizan como parte del Deducible o Desembolso máximo del Plan.

4. Desembolso máximo anual: un monto máximo en dólares que debe pagar durante un determinado año calendario por los Deducibles y Coseguros que se cobran para determinados servicios y suministros cubiertos. También pueden corresponder desembolsos máximos por separado para servicios dentro de la red y fuera de la red. Los Copagos no se contabilizan como parte del Desembolso máximo anual.

NOTA: Es posible que algunos gastos no se contabilicen como parte de su Deducible o Desembolso máximo. Además, es posible que no se pague el 100 % de algunos gastos incluso después de que alcance el Desembolso máximo. Estos gastos incluyen los siguientes:

- Servicios o suministros para los cuales paga un Copago (en lugar de un Coseguro) (p. ej., visitas al consultorio, visitas de atención de urgencia).
- Servicios o suministros para los cuales no obtiene la Autorización previa requerida.
- Servicios o suministros denegados por el Plan por ser Experimentales o de Investigación o por no ser Médicamente necesarios.
- Servicios o suministros que no están cubiertos por el Plan.

El costo compartido que se aplica cuando un servicio cubierto se brinda de manera presencial también se aplica a dicho servicio cubierto cuando este se brinda de manera remota, a menos que se indique lo contrario.

B. MONTOS PERMITIDOS DEL PLAN

Los beneficios de este Plan se cubren hasta el Monto permitido del Plan, a menos que se indique lo contrario.

C. COBERTURA HOSPITALARIA

El Plan cubre para los Inscritos servicios y suministros asociados con ingresos en el Hospital a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. La cobertura se brinda solo durante el período Médicamente necesario para que el Inscrito reciba la atención y el tratamiento adecuados y, en ocasiones, se limita a una determinada cantidad de días según se analiza más adelante. A veces, la cobertura también está limitada por otras reglas del Plan. Como condición para la cobertura, el Asegurador puede exigir la Autorización previa del ingreso.

1. Cobertura hospitalaria para pacientes internados

La mayoría de los servicios que recibe como paciente internado en un Hospital participante tienen cobertura si reciben autorización previa.

Los siguientes tipos de ingresos al Hospital están cubiertos:

- Ingreso médico. Los servicios para pacientes internados están cubiertos para el tratamiento de afecciones médicas que requieren internación. Aunque no es necesario que el Inscrito tenga una enfermedad aguda al momento del ingreso, debe necesitar un tratamiento definitivo y activo con internación, o bien procedimientos de diagnóstico que requieren internación.
- Ingreso quirúrgico. Los servicios para pacientes internados están cubiertos para el tratamiento de enfermedades agudas o crónicas que requieren cirugía, incluidos algunos procedimientos optativos, cuando el procedimiento o servicio quirúrgico requiere la internación del Inscrito. Toda la atención en el Hospital necesaria antes de preparar al Inscrito para una cirugía estará cubierta, salvo por algunas exclusiones definidas (p. ej., enfermeras privadas).
- Ingreso por maternidad. La atención de maternidad incluye servicios para pacientes internadas por cualquier afección que surja producto del embarazo o debido a complicaciones de este.
- Ingreso con fines diagnósticos. El Plan cubre servicios hospitalarios para aquellos Inscritos con una enfermedad definitiva o discapacidad que no puede diagnosticarse cuando el Inscrito recibe atención en su hogar, el consultorio del Proveedor o en el departamento de servicios para pacientes ambulatorios del Hospital. Dichos ingresos con fines diagnósticos se encuentran cubiertos si la internación es Médicamente necesaria. Los servicios hospitalarios no están cubiertos si son por comodidad del Inscrito o del Proveedor, o para ahorrarle tiempo o gastos al Inscrito al momento de realizarse estudios o pruebas.

Estos son algunos de los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados:

- Habitación semiprivada, habitación, servicios generales de enfermería, comidas y dietas especiales. Los cargos para habitaciones privadas están cubiertos a la tarifa estándar del Hospital para una habitación semiprivada, a menos que una habitación privada sea Médicamente necesaria.
- Suministros médicos y quirúrgicos, y medicamentos.
- Uso de quirófanos, otras habitaciones para tratamientos quirúrgicos, salas de parto y salas de recuperación.
- Servicios de anestesia.
- Hemoderivados y su administración (no se cubre la conservación ni el almacenamiento de sangre o componentes sanguíneos para su uso futuro).

- Radiografías, electrocardiogramas, tomografías computarizadas, ultrasonidos, imágenes por resonancia magnética y angiografías por resonancia magnética.
- Servicios de laboratorio y patología.
- Quimioterapia para el tratamiento de ciertas afecciones malignas, excepto cuando se trate de un tratamiento experimental o de investigación (pero es posible que requiera Autorización previa del Asegurador, según el tipo de afección, para tener cobertura).
- Terapia física para pacientes internados, cuando el servicio es esencial para el tratamiento de la(s) enfermedad(es) por la(s) cual(es) el Inscrito ingresó en el Hospital, y sujeto a revisión por parte del Asegurador.
- Terapia con oxígeno y otros gases medicinales.
- Atención de maternidad y atención de rutina del recién nacido durante la internación de la madre en el Hospital para recibir atención de maternidad, cuando la madre está inscrita en el Plan.

2. Hospitales fuera de la red

Puede recibir servicios en un Hospital que no pertenezca a la red del Plan. En Hospitales fuera de la red, el Plan cubre muchos de los servicios cubiertos en Hospitales dentro de la red. Para los servicios cubiertos, la diferencia es que Usted deberá pagar un mayor costo compartido por recibir servicios en un Hospital fuera de la red. Para obtener información sobre la cobertura, comuníquese con el Asegurador.

3. Hospitales no participantes

Debido a que los Hospitales no participantes no tienen contrato con el Asegurador, en ocasiones, Usted recibirá una factura y deberá presentar un reclamo al Asegurador por cualquier servicio que reciba de estos Hospitales (con la salvedad de que, en ocasiones, cuando se trate de una emergencia médica, el Hospital no participante le enviará un reclamo directamente al Asegurador). En el caso de una Emergencia médica o de recibir servicios de Atención de urgencia, el Plan cubrirá los servicios que Usted reciba en un Hospital no participante, excepto el costo compartido que pueda corresponderle. Excepto en esas circunstancias específicas, el Plan no cubrirá servicios que reciba en un Hospital no participante y Usted podría ser responsable del costo total, salvo que cuente con otra cobertura más allá del Plan que cubra estos servicios (p. ej., Medicare o seguro del Cónyuge). Esto significa que el tratamiento que reciba en un Hospital no participante por afecciones que no constituyan Emergencias médicas podría generarle una importante obligación financiera. Cuando necesite atención hospitalaria, llame antes a su Asegurador para averiguar cuáles son los Hospitales participantes. Para obtener más información, consulte la definición de Proveedor, Hospital o Centro de enfermería especializada participantes.

Si se encuentra internado en un Hospital no participante, el Plan puede pedir su traslado a un Hospital participante cuando se encuentre en un estado médico estable. El Plan dejará de pagar por su internación hospitalaria si se rehúsa a que se lo traslade de un Hospital no participante a un Hospital participante.

4. Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios

Usted puede recibir algunos servicios en un Hospital como paciente ambulatorio. Para recibir estos servicios no es necesario el ingreso en el Hospital. Los servicios prestados incluyen, entre otros, los cargos del centro, servicios de laboratorio y radiología, terapia intravenosa y medicina nuclear. Si recibe un suministro en el Hospital como paciente ambulatorio (como un medicamento o algún otro suministro), para que tenga cobertura, es posible que deba usarlo en su tratamiento antes de dejar el Hospital. El Asegurador puede responder las preguntas que tenga sobre la cobertura de un servicio ambulatorio en particular y cualquier otra pregunta que tenga acerca del uso de suministros durante la prestación de servicios como paciente ambulatorio en un hospital.

5. Autorización previa

Es posible que el Plan exija que Usted, su Proveedor o el Hospital obtengan Autorización previa para todos los servicios que no son de Emergencia médica, las internaciones no relacionadas con servicios de maternidad y otros servicios específicos. En ocasiones, esto se denomina “preaprobación”. Los ingresos de emergencia deben informarse al Asegurador dentro de las primeras 24 horas. Debe informar a su Proveedor u Hospital que se puede obtener la Autorización previa llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de atención de salud.

Hay dos casos en los que es posible que Usted deba pagar el costo de la internación en el Hospital relacionados con la Autorización previa.

1. Usted eligió ingresar al Hospital a pesar de que se rechazó la Autorización previa. El Plan no pagará nada de la internación en el Hospital.
2. Usted elige seguir internado después de que el Plan rechaza la Autorización previa de su solicitud de internación adicional en el Hospital. El Plan pagará los días en el Hospital hasta que se agote la Autorización previa original. Luego Usted deberá pagar los días adicionales de permanencia en el Hospital.

Recuerde que el proceso de Autorización previa determina cuándo y por cuánto tiempo se pagarán los beneficios. La decisión sobre si ser internado o no, y por cuánto tiempo, depende de Usted y de su Proveedor.

No se restringirán los beneficios de duración de la internación en el Hospital del Plan relacionados con el nacimiento para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal normal ni a menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, esto no impide que el Proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, les dé el alta antes de las 48 horas (o las 96 horas, según corresponda). El Plan no le exigirá al Proveedor que obtenga una Autorización previa del Asegurador para indicar una internación de 48 horas (o 96 horas, cuando corresponda) o menos.

6. Servicios de observación

El Plan cubrirá su estadía en Observación en un hospital y los servicios relacionados en las siguientes circunstancias:

- Después de una cirugía ambulatoria.
- Después de servicios recibidos en una sala de emergencias.
- Después de una orden posterior a una visita al consultorio del médico o un Centro de enfermería especializada.
- Después de obtener la aprobación del Plan.

Los servicios de Observación se usan para brindar servicios médicos o de enfermería a corto plazo, de control o activos, para estabilizar su afección. Los servicios o la atención de Observación se consideran servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cuando se originan en la sala de emergencias del Hospital. La cobertura de estos servicios suele limitarse a cuarenta y ocho (48) horas, a menos que los médicos determinen que prolongar su estadía es médicamente necesario. Este tiempo adicional debe ser aprobado por el Plan a través del Asegurador.

7. Atención de emergencia

Se brindan beneficios en caso de lesiones accidentales que requieren atención inmediata (como una fractura, esguince grave, conmoción cerebral, etc.) y Emergencias médicas admisibles.

Una Emergencia médica es una afección grave o permanente que pone en peligro la salud o que incapacita, incluidas ciertas lesiones accidentales que requieren atención y tratamiento médicos inmediatos. La afección debe ser de un grado tal que una persona que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina pueda esperar razonablemente que, si una persona no recibe tratamiento de inmediato, podría sufrir un daño significativo en sus funciones fisiológicas, un daño permanente en su salud, o bien su vida podría estar en riesgo. Una Emergencia médica se cubrirá si los signos y síntomas del Inscrito, según lo verifique el Proveedor en el momento del tratamiento, y no el diagnóstico final, confirman que la vida o las funciones fisiológicas están en riesgo.

Los reclamos relacionados con la atención de Emergencias médicas se pagarán si la Emergencia médica en cuestión constituye una afección que pone en riesgo la vida, la salud o que puede dejarlo incapacitado, y que requiere atención médica y tratamiento inmediatos.

Si ingresa al Hospital para su internación o se aprueba su ingreso a una unidad de Observación por 24 horas o más, se lo eximirá del pago del Copago para sala de emergencias. Si le dan de alta sin haber estado ingresado en el Hospital o si no permanece en una unidad de Observación por más de 24 horas, será responsable de pagar el Copago para sala de emergencias.

La atención de Emergencias médicas puede conllevar dos cargos diferentes: Los cargos de profesionales, como aquellos por los servicios que brinda el Proveedor tratante; y los cargos del centro, como aquellos por el uso de la sala de emergencias de un Hospital.

- **Cargos de profesionales:** el Plan cubre los servicios de Proveedores para el examen inicial y el tratamiento de afecciones causadas por lesiones accidentales y Emergencias médicas admisibles, donde sea que se administren los servicios. El beneficio de atención de Emergencias médicas no cubre la atención de seguimiento por parte del Proveedor de la sala de emergencias después de dejar el Hospital.
- **Cargos del centro:** el Plan cubre los servicios en la sala de emergencias de los Hospitales participantes y no participantes para el tratamiento de lesiones accidentales y Emergencias médicas.

Los ingresos de emergencia en el Hospital deben informarse al Asegurador dentro de las 24 horas. No están cubiertos los cargos de profesionales y del centro para la atención de seguimiento en una sala de emergencias.

8. Exclusiones de la cobertura hospitalaria

Las siguientes exclusiones se aplican a los servicios hospitalarios (incluidos los cargos del centro y de los profesionales) y a la cobertura:

- Cuidado no médico, atención domiciliaria, atención para convalecientes, atención en un hogar de ancianos o de descanso.
- Ingresos y tratamiento en el Hospital para bajar de peso o controlar la dieta (excepto en el caso de una cirugía de bajapés gástrico admisible).
- Cirugía con fines estéticos, excepto para la corrección de anomalías congénitas, cicatrices traumáticas y afecciones a causa de lesiones accidentales, y para corregir deformidades causadas por un cáncer anterior o por una cirugía Médicamente necesaria.
- Atención que el Inscrito recibe en el Hospital que consista principalmente en evaluación diagnóstica, pruebas, estudios o terapia física, control ambiental, exámenes radiográficos, de laboratorio, electrocardiográficos, pruebas de metabolismo basal o atención vinculada a bajar de peso a través del control de la dieta.
- Ingreso del Inscrito para verificar un diagnóstico ya establecido. En estos casos, en la factura del Hospital o el informe de servicios prestados del médico, deben constar datos que indiquen con claridad que se administró una determinada terapia específica que requería internación para que esta tenga cobertura. Sin embargo, es posible que los ingresos con fines diagnósticos estén cubiertos en el caso de bebés, niños o personas mayores en estado delicado o de debilidad según lo determine el Asegurador. El Asegurador puede considerar los siguientes factores:
 - Estado evidente y estado general de salud al momento del ingreso (p. ej., enfermedad aguda, dolor muy fuerte o debilidad extrema).

- Inicio y duración de la enfermedad y gravedad de los síntomas (p. ej., inicio repentino y agudo en lugar de molestias leves).
 - Hallazgos de una exploración física (p. ej., dolor, sangrado o temperatura elevada).
 - Tratamiento específico o definitivo brindado que no podría administrarse de manera ambulatoria.
- Ingresos para cirugía oral cuando no exista una afección médica de alto riesgo concurrente, como discrasia sanguínea grave, diabetes inestable o alguna afección cardiovascular grave.
 - Servicios y suministros para atención dental de rutina.
 - Tratamiento dental o extracciones de dientes para pacientes internados. Un temor extremo por parte del Inscrito, independientemente de su edad, no le da derecho a beneficios de tratamiento dental con internación.
 - Abandono del Hospital a pesar de una indicación médica en contrario. Los gastos generados por un Inscrito con motivo de abandonar un Hospital u otro centro de atención médica a pesar de tener una indicación médica en contrario del Proveedor tratante dentro de las 72 horas después del ingreso.
 - Servicios profesionales del personal o empleados del Hospital, incluidos, entre otros, servicios de médicos en formación, de enfermería y de asistentes médicos.
 - Gastos de todos los procedimientos o servicios médicos o quirúrgicos, incluidos los medicamentos con receta y el uso de cirugía profiláctica cuando los servicios, procedimientos, medicamentos con receta o cirugía profiláctica se indiquen o proporcionen a los fines de (i) evitar la posibilidad de riesgo de una dolencia, enfermedad, trastorno físico o mental u otra afección basada en antecedentes familiares o resultados de pruebas genéticas, con excepción de excepciones limitadas asociadas a determinados tipos de cáncer metastásicos o recurrentes (comuníquese con el Asegurador para obtener información sobre cobertura); o (ii) tratar las consecuencias de anormalidades cromosómicas o características transmitidas genéticamente, cuando no existan pruebas médicas objetivas que demuestren la presencia de la enfermedad o del trastorno físico o mental (excepto en el caso de procedimientos profilácticos Medicamento necesarios, o cuando los servicios o procedimientos se basen en resultados de pruebas de amniocentesis, muestras de vellosidades coriónicas o alfafetoproteína, que tienen cobertura).

9. Cobertura de Centros independientes para pacientes ambulatorios

Se brinda cobertura para la mayoría de los servicios ambulatorios, como el tratamiento de lesiones accidentales y ciertas Emergencias médicas, cirugías, terapias de infusión intravenosa y uso de dispositivos de asistencia respiratoria o equipos similares.

10. Tarifas del centro

El Plan cubrirá las tarifas del centro que se cobran en la mayoría de los centros para pacientes ambulatorios y consultorios médicos. Si quiere saber con seguridad si se cubrirán las tarifas de un centro, debe ponerse en contacto con el Asegurador antes de recibir servicios allí.

11. Centros de atención de urgencia

Los centros de atención de urgencia pueden brindar atención para determinadas afecciones médicas urgentes, pero que no son potencialmente mortales. Si Usted está enfermo o sufre una lesión fuera de las horas de atención del consultorio de su Proveedor o se encuentra fuera de su área local cuando ocurre dicha enfermedad o lesión, y requiere atención inmediata, puede acudir a un centro de atención de urgencia para recibir tratamiento. En un centro de atención de urgencia, el Plan pagará los cargos de los servicios del Proveedor y los cargos del centro correspondientes. Se aplicará un Copago a estos servicios.

12. Clínicas médicas en establecimientos minoristas

En las Clínicas en establecimientos minoristas, pueden brindarle atención en caso de problemas de salud que no son potencialmente mortales o que no constituyen una Emergencia médica. Para acudir a estas clínicas no se requiere una cita y, por lo general, están ubicadas en un establecimiento minorista, como una tienda o una farmacia. El Plan cubrirá los cargos correspondientes cuando Usted acuda a una Clínica en establecimientos minoristas dentro de la red. Se aplicará un Copago a estos servicios. Los servicios que no se relacionan con una Emergencia médica o con atención de urgencia que se reciben en Clínicas en establecimientos minoristas fuera de la red no tienen cobertura.

D. COBERTURA DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL HOGAR

Es posible que necesite apoyo adicional cuando reciba el alta de un Hospital o Centro de enfermería especializada, o si tiene una enfermedad o afección médica que ha empeorado. En esos casos, el Plan le brindará atención de salud en el hogar, sujeto a la obtención de una remisión de un Proveedor participante. La atención de salud en el hogar solo tiene cobertura si la proporciona un Proveedor participante. Los servicios de atención de salud en el hogar a través del Plan no tienen como fin ayudarlo con las actividades básicas de la vida diaria, sino brindarle asistencia para realizar la terapia que sea necesaria, tomar el medicamento adecuado en el momento apropiado y controlar cualquier indicio de empeoramiento o desmejoramiento de su salud.

La cobertura de servicios Médicamente necesarios se brinda a través de un programa de atención de salud en el hogar participante y aprobado para la atención especializada, a tiempo parcial e intermitente, que incluye el pago de personal de enfermería especializado y asistentes de atención de salud en el hogar. Estos servicios se brindarán por menos de ocho horas por día y menos de siete días por semana. Cada visita de un miembro del equipo de atención de salud en el hogar, cada visita aprobada al Hospital o Centro de enfermería especializada como paciente ambulatorio para realizar terapia física, terapia ocupacional o evaluación del habla, y cada visita de un asistente de atención de salud en el hogar se consideran equivalentes a una visita de atención de salud en el hogar.

1. Cobertura de beneficios de Agencia de atención de salud en el hogar

Los siguientes servicios de atención de salud en el hogar tienen cobertura si los proporciona y factura una Agencia de atención de salud en el hogar aprobada por el Asegurador:

- Servicios de enfermería general.
- Terapia física, ocupacional y del habla (puede proporcionarla y facturarla el departamento de servicios para pacientes ambulatorios de un Hospital o un Centro de terapia física independiente para pacientes ambulatorios).
- Orientación sobre servicio social y sobre alimentación.
- Servicio de asistentes de atención de salud de medio tiempo brindados por un asistente de atención de salud en el hogar contratado por una Agencia de atención de salud en el hogar aprobada si el Inscrito recibe determinados servicios de salud en el hogar con cobertura y no se lo puede tratar sin la presencia de dichos asistentes.
- Pruebas de laboratorio.
- Medicamentos, productos biológicos y soluciones.
- Suministros médicos esenciales para la administración del régimen médico en el hogar indicado por el Proveedor. Los suministros médicos con cobertura incluyen artículos como vendas, apósitos, férulas, agujas hipodérmicas, catéteres, dispositivos de colostomía y oxígeno.

Los servicios de terapia de infusión intravenosa (IV) en el hogar se encuentran cubiertos según la cobertura de atención de salud en el hogar. Esto incluye la cobertura total de servicios directamente relacionados con la terapia de infusión, incluido el Equipo médico duradero (DME), métodos de sobrealimentación por vía parenteral y enteral, quimioterapia y suministros. Los servicios de enfermería relacionados y medicamentos con receta que correspondan también tienen cobertura. Las siguientes reglas se aplican a la cobertura de los servicios de terapia de infusión IV en el hogar:

- El requisito de estar confinado en el hogar no se tendrá en cuenta en relación con los Inscritos que reciban terapia de infusión en el hogar.
- Los servicios deben ser brindados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar acreditado.

2. Exclusiones y limitaciones aplicables a las Agencias de atención de salud en el hogar

- Gastos de los servicios de cualquier Agencia de atención de salud en el hogar que no sean de medio tiempo, suministros y servicios de enfermería especializada intermitentes, excepto cuando los servicios de los asistentes de salud en el hogar tengan cobertura en virtud del Plan.
- Gastos en virtud de un programa de una Agencia de atención de salud en el hogar de servicios proporcionados por una persona que vive comúnmente en el hogar del Inscrito o es su padre/madre, Cónyuge, hermano/a (por nacimiento o por matrimonio, por ejemplo, el hermano del cónyuge), tío/a o hijo/a, o cuando el Inscrito no se encuentre bajo la atención continua de un médico.
- Gastos relacionados con servicios de amas de casa, Cuidado no médico, cuidado de niños, cuidado de personas mayores o asistentes de cuidado personal, excepto cuando los proporcionen asistentes de salud en el hogar cubiertos en virtud de la cobertura de servicios de atención de salud en el hogar.

- Gastos de transporte de ida y vuelta a lugares que no sean el hogar del Inscrito para recibir un servicio de atención de salud en el hogar.
- Suministros como medias elásticas y equipos o artículos para la comodidad personal.
- Artículos como camas de Hospital, carpas de oxígeno, andadores, sillas de ruedas o dispositivos ortopédicos.
- Servicios médicos.
- Servicios de enfermería de guardia privada y servicios de limpieza.

E. COBERTURA DE HEMOFILIA Y HEMODIÁLISIS EN EL HOGAR

1. Cobertura de hemodiálisis en el hogar

La hemodiálisis (uso de una máquina renal) o diálisis peritoneal es un servicio con cobertura en el hogar del Inscrito cuando se trata del tratamiento de una enfermedad renal crónica e irreversible. No se requiere una internación previa para que la hemodiálisis en el hogar tenga cobertura. El tratamiento debe ser coordinado a través del Proveedor tratante del Inscrito durante el establecimiento del programa de tratamiento y un programa de hemodiálisis de un Hospital participante aprobado por el Asegurador.

Antes de la instalación de la máquina de diálisis, el lugar de residencia del Inscrito debe tener acceso a energía eléctrica y suministro de agua adecuados para el equipo de hemodiálisis. El propietario del lugar de residencia del Inscrito debe otorgar su permiso por escrito antes de la instalación del equipo de hemodiálisis.

2. Cobertura de beneficios de hemodiálisis en el hogar

El Plan cubre los siguientes gastos de hemodiálisis en el hogar para los Inscritos:

- Compra, alquiler o alquiler con opción a compra de una máquina de hemodiálisis de una agencia u Hospital participante y su colocación en el hogar del Inscrito, cuando el Proveedor tratante del Inscrito y un programa de hemodiálisis de un Hospital participante consideren que el hogar del Inscrito es el lugar más conveniente o adecuado para el tratamiento de hemodiálisis.
- Costos básicos de instalación del equipo de hemodiálisis en el hogar y su mantenimiento o reparación posteriores.
- Pago de beneficios por conectar el dializador en el hogar a los sistemas de electricidad, agua o de eliminación de desechos existentes, pero no en relación con el costo de la obtención de dichos sistemas.
- Cobertura de sistemas de ablandamiento de agua si se los utiliza para pretratar el agua con el objeto de purificarla por medio de una unidad de ósmosis inversa para realizar diálisis en el hogar si:
 - El fabricante de la unidad de ósmosis inversa estableció normas de calidad relativas al agua que ingresa a la unidad (es decir, el agua a purificar mediante ósmosis inversa debe ser de una determinada calidad para que la unidad funcione del modo que se pretende).

- Se demostró que el agua del hogar donde se realizará el tratamiento de diálisis es de una calidad inferior a lo necesaria.
- El sistema de ablandamiento se utiliza solo para ablandar el agua que ingresa a la unidad de ósmosis inversa y, por lo tanto, solo para el tratamiento de diálisis. El sistema de ablandamiento debe ubicarse dentro de la unidad de ósmosis inversa, pero debe ser una parte integral del sistema de diálisis.
- Gastos del Proveedor participante generados o que deriven de la capacitación del Inscrito, sus familiares u otras personas que necesiten asistir al Inscrito en la operación del dializador en el hogar.
- Pruebas de laboratorio relacionadas.
- Insumos y suministros desechables, como membrana de diálisis, solución de diálisis, cánulas y medicamentos necesarios para la diálisis, si se compran a través de un Hospital participante, y este los factura.
- Costo total de los medicamentos necesarios para la diálisis, suministros, soluciones u otros productos o artículos desechables que se adquieran para la hemodiálisis en el hogar.
- Costo de retirar el equipo de hemodiálisis del hogar del Inscrito cuando este ya no lo necesita.

3. Exclusiones aplicables a la hemodiálisis en el hogar

Las siguientes exclusiones se aplican a la cobertura de hemodiálisis en el hogar:

- Servicios de Proveedores relacionados con tratamientos de diálisis en el hogar.
- Servicios y productos no proporcionados por un Hospital participante.
- Servicios proporcionados por familiares u otras personas capacitadas y que brindan asistencia en el procedimiento de diálisis.
- Capacitación de personas por Proveedores no participantes.
- Cargos por uso de electricidad o agua para la operación o el mantenimiento de la máquina de diálisis.
- Ningún costo posterior que se contraiga, luego de la instalación inicial, para trasladar el dializador de un lugar a otro dentro de la residencia del Inscrito.
- Gastos que se contraigan para la instalación de una máquina de diálisis que no sean esenciales para su funcionamiento.
- Servicios prestados por una agencia u organización que ofrece asistencia “de respaldo” para la hemodiálisis en el hogar, incluidos los servicios de personal del Hospital que se envíe al hogar del Inscrito o de otras personas contratadas por el Hospital participante.

4. Cobertura de tratamiento para la hemofilia en el hogar

El Plan cubre ciertos beneficios de tratamiento para la hemofilia en el hogar para Inscritos con esta afección. La selección y capacitación para el tratamiento de la hemofilia en el hogar debe estar a cargo de un centro de tratamiento que cumpla con las políticas y pautas correspondientes establecidas por la Sociedad de Hemofilia del estado y aprobadas por el Asegurador.

El Plan cubre los medicamentos y suministros necesarios para el tratamiento de la hemofilia en el hogar del Inscrito, cuando así lo indica un Proveedor participante capacitado para tratar Inscritos con esta afección de acuerdo con las pautas establecidas por la Sociedad de Hemofilia de cada estado. El Plan también cubre la capacitación en el hogar como beneficio de tratamiento para la hemofilia en el hogar.

Los siguientes medicamentos y suministros tienen cobertura dentro de este beneficio:

- Factor antihemofílico (AHF).
- Benadryl u otros antihistamínicos adecuados.
- Jeringas, agujas y otros suministros necesarios para inyectar el AHF.

Los medicamentos experimentales o de investigación no tienen cobertura.

F. COBERTURA EN CENTROS PARA ENFERMOS TERMINALES

En los Centros para enfermos terminales, se brindan cuidados paliativos a quienes se encuentran en la fase final de una enfermedad terminal y a sus familias. Estos cuidados se centran en ofrecer comodidad y calidad de vida, en lugar de una cura. Está cubierta la atención en los Centros para enfermos terminales cuando se brinda a través de un programa aprobado de atención para Inscritos con una enfermedad terminal.

Esta cobertura incluirá la atención que lo ayudará a controlar el dolor o la incomodidad que experimente a causa de la enfermedad terminal, así como también a tratar cualquier otra enfermedad o afección que normalmente estaría cubierta a través del Plan. Si bien la atención en los Centros para enfermos terminales no tiene como fin curar la enfermedad terminal, allí se pueden tratar afecciones potencialmente curables, como la neumonía y las infecciones de vejiga que surgen cuando una persona tiene una enfermedad terminal.

La atención en un Centro para enfermos terminales proporciona alivio al dolor y a los síntomas de una enfermedad terminal.

El Inscrito con una enfermedad terminal (por lo general, aquellos con un pronóstico de menos de seis meses de vida) debe tener una certificación escrita de un Proveedor que indique que tiene una enfermedad terminal y cumple con los criterios sobre la expectativa de vida. El Inscrito debe presentar una declaración de elección al programa de atención para enfermos terminales mediante la cual acepta las condiciones de este tipo de atención.

El Plan cubre los siguientes servicios para los Inscritos admitidos en un programa de atención para enfermos terminales aprobado:

Servicios de enfermería proporcionados por o bajo la supervisión de un enfermero registrado.

- Servicios sociales médicos proporcionados por un trabajador social bajo la dirección de un Proveedor.
- Servicios de Proveedores.
- Servicios de asesoramiento proporcionados al Inscrito, sus familiares u otras personas que cuidan al Inscrito en su hogar.
- Atención general para pacientes internados en un Centro para enfermos terminales.
- Dispositivos y suministros médicos.
- Terapia física, ocupacional y del habla.
- Atención permanente en el hogar proporcionada durante períodos de crisis según sea necesario para que el Inscrito pueda permanecer en su hogar.
- Cuidado de relevo.
- Asesoramiento para el duelo.
- Atención en un hogar para personas mayores con apoyo para enfermos terminales.
- Servicios de asistentes de salud en el hogar.
- Gastos relacionados con servicios de amas de casa, Cuidado no médico, cuidado de niños, cuidado de personas mayores o asistentes de cuidado personal.

G. COBERTURA MÉDICA Y QUIRÚRGICA

1. Cobertura de beneficios médicos y quirúrgicos

Tiene cobertura para una amplia gama de servicios médicos y quirúrgicos, entre los que se incluyen los siguientes:

- Cirugía y anestesia, incluida la atención pre y posoperatoria (las cirugías plásticas y reconstructivas están sujetas a limitaciones o exclusiones).
- Consultas en el Hospital.
- Atención médica en el Hospital.
- Diagnóstico por imágenes, servicios de laboratorio y patología necesarios y adecuados.
- Imágenes por resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones y servicios similares como parte de diagnóstico por imágenes que pueden limitarse a ciertos diagnósticos, uso de centros aprobados por el Asegurador o autorización previa.
- El pago de las mamografías digitales y 3D se limita al Monto permitido para las mamografías estándar.

- Inyecciones y vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Programa para dejar de fumar basado en el comportamiento.
- Mastectomía.
- Cobertura de quimioterapia dentro de los beneficios médicos o de medicamentos con receta.
- Esterilizaciones (pero las reversiones de esterilizaciones no tienen cobertura).
- Cirugía plástica y reconstructiva cuando sea para corregir anomalías congénitas y afecciones producto de lesiones accidentales o cicatrices traumáticas, para corregir deformidades que sean consecuencia de una cirugía contra el cáncer o producto de cirugías o procedimientos Médicamente necesarios.
- Cirugía láser si el procedimiento alternativo tiene cobertura.
- Los siguientes servicios de anestesia tienen cobertura:
 - a. Administración de anestésicos, cuando los proporcione el Proveedor que está operando, y se realice junto con otro servicio cubierto y este así lo requiera.
 - b. Servicios de anestesia proporcionados por un Proveedor de servicios cubiertos en todos los entornos que sean adecuados para prestar el servicio quirúrgico o diagnóstico cubierto, como un Hospital para pacientes internados, un Hospital para pacientes ambulatorios, un Establecimiento o Centro de cirugía ambulatoria independiente y el consultorio de un Proveedor.
 - c. Administración de anestesia por un enfermero anestesista registrado certificado (CRNA) o un asistente de anesesiólogo (AA) que se desempeñen bajo la dirección médica de un anesesiólogo disponible para brindar asistencia de inmediato. Los servicios de CRNA también tienen cobertura si se proporcionan bajo la supervisión general de un Médico que no sea anesesiólogo y que esté disponible para brindar asistencia de inmediato. Los servicios de anestesia proporcionados por CRNA o AA tienen cobertura si se prestan en un consultorio, Hospital para pacientes internados, Hospital para pacientes ambulatorios o en un Establecimiento o Centro de cirugía ambulatoria independiente.
- Asistencia quirúrgica técnica: Servicios proporcionados por un Proveedor o un asistente médico que asista de manera activa al Proveedor que realiza el procedimiento, cuando sea Médicamente necesario, se relacione con servicios de maternidad o quirúrgicos cubiertos, y esté dentro del ámbito de práctica del profesional con licencia.
- Atención de maternidad: Los servicios de un Proveedor o una enfermera obstetra certificada, incluida la atención habitual prenatal y posnatal, tienen cobertura cuando se reciben en un Hospital o Centro dentro de la red. Para cada embarazo, también se brinda cobertura de exámenes de laboratorio prenatales de rutina que se realicen en relación con la atención de maternidad habitual. Los servicios obstétricos cubiertos

proporcionados por una enfermera obstetra certificada se limitan a la atención básica antes del parto, partos vaginales normales y atención posparto. A las enfermeras obstetras certificadas solo se les reembolsan los partos que ocurren en un Centro para pacientes internadas dentro de la red o en un centro de maternidad afiliado a un Hospital, con licencia estatal y acreditado y aprobado por el Asegurador.

- Examen inicial durante la internación en el Hospital del recién nacido realizado por un Proveedor que no sea el Proveedor a cargo del parto, la enfermera obstetra certificada o el Proveedor que administra la anestesia durante el parto.
- Servicios de aborto terapéutico o electivo con cobertura cuando sea Medicamento necesario. El servicio debe ser legal en el estado donde se practique y debe proporcionarlo un proveedor con licencia.
- Aborto inducido médicamente por medio de la ingestión oral de medicamentos aprobados (p. ej., Mifeprex o Mifepristona) con cobertura dentro del beneficio médico o de medicamentos con receta. Los abortos inducidos médicamente, los servicios de planificación familiar y el asesoramiento sobre anticonceptivos también tienen cobertura cuando se proporcionan en el marco de una consulta de telesalud. El servicio debe ser legal en el estado donde se practique y debe proporcionarlo un proveedor con licencia.
- Litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) si la realiza un Proveedor aprobado por el Asegurador y cumple con los requisitos del Plan, incluido en lo relativo al tratamiento de determinadas afecciones o diagnósticos.
- Radioterapia y quimioterapia para determinados tipos de afecciones malignas (p. ej., cáncer) (pueden requerir Autorización previa, según la terapia y la afección en particular).
- Radiología terapéutica: La cobertura se proporciona para determinados tratamientos de afecciones por medio de radioterapia de haz interno o externo, o por medio de tratamientos con radioisótopos, e incluye el costo de los materiales suministrados. Algunos servicios radiológicos terapéuticos se indican únicamente para el tratamiento de determinadas afecciones y pueden requerir Autorización previa del Asegurador. Los Inscritos pueden contactarse con el Asegurador para determinar si un determinado servicio radiológico terapéutico requiere Autorización previa.
- Cobertura de terapia con haz de protones, con autorización previa del Asegurador.
- Los siguientes servicios de laboratorio de diagnóstico, de patología y otros servicios tienen cobertura, con las limitaciones indicadas a continuación:
 - a. Exámenes de laboratorio y patología Medicamento necesarios para el diagnóstico de cualquier afección, enfermedad o lesión.
 - b. Cobertura de servicios de laboratorio y patología para cada Inscrita cada año para detectar cáncer del aparato genital femenino cuando lo indica un Proveedor.
 - c. Cobertura de ecocardiograma, si la realiza un cardiólogo certificado por la junta o que reúna los requisitos para ser certificado por la junta.

- d. Cuando una prueba de diagnóstico cubierta requiere la inyección de un medicamento, producto biológico o solución para realizar la prueba, dicho medicamento, producto biológico o solución, así como la inyección respectiva, tienen cobertura, sujeta a las prácticas de facturación y reembolso del Asegurador.
- Atención de niños sanos: Se brinda cobertura según lo definido por la Academia Americana de Pediatría (AAP) para las visitas a Proveedores dentro de la red para niños menores de dos años.
 - Exámenes de detección: Las pruebas de detección que tienen una recomendación de grado A o B según el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los EE. UU. tendrán cobertura sin costo compartido cuando las indique y administre un Proveedor dentro de la red.
 - Servicios anticonceptivos: Cobertura médica y quirúrgica de servicios anticonceptivos, con excepción de los dispositivos y medicamentos disponibles sin receta.
 - Gastos del tratamiento médico o quirúrgico de la obesidad (cirugía bariátrica), incluido el tratamiento con medicamentos si se encuentra cubierto dentro del beneficio de medicamentos con receta, procedimientos de restricción gástrica, baipás gástrico o intestinal, reversión de una cirugía para bajar de peso realizada previamente, procedimientos y tratamientos para la reducción de piel sobrante (si estos cumplen con los criterios de cobertura establecidos en la política médica del Plan y administrados por el Asegurador) y cualquier complicación asociada. Para determinar si el Plan cubre procedimientos o tratamientos de reducción de piel sobrante en su caso, comuníquese con el Asegurador.
 - Gastos quirúrgicos y del tratamiento médico asociado de la disforia de género, según se define en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), quinta edición, si el Inscrito cumple con los criterios de cobertura establecidos en la póliza médica del Plan y administrados por el Asegurador. La póliza médica incluirá cualquier prerrequisito para la cobertura de los servicios, así como cualquier exclusión permanente. Para determinar si el Plan cubre los gastos quirúrgicos y del tratamiento médico asociado de la disforia de género en su caso, comuníquese con el Asegurador.
 - El tratamiento de la salud mental también tiene cobertura, sujeto a las restricciones del Plan, para dicho Inscrito.
 - Los gastos de ciertas inyecciones médicas tienen cobertura. Las inyecciones cubiertas se encuentran sujetas a determinados criterios establecidos por el Plan y, por lo tanto, no todas ellas constituyen un servicio cubierto. Las inyecciones pueden estar cubiertas dentro de la categoría de beneficios médicos o de medicamentos con receta. Es posible que las inyecciones no tengan cobertura dentro de la categoría de beneficios médicos, pero sí la tengan dentro de la categoría de medicamentos con receta (o viceversa) y con sujeción a las reglas y criterios del Plan para dichas inyecciones. Es posible que se requiera Autorización previa.
 - Atención quiropráctica recibida de un Proveedor dentro de la red, incluidos los ajustes de manipulación para la subluxación de la columna vertebral, hasta 24 visitas por año del Plan. Los servicios radiológicos de diagnóstico y de primeros auxilios ante Emergencias médicas relacionados con la columna vertebral y los huesos y tejidos relacionados también tienen cobertura.

- Pruebas y tratamiento de alergias.
- Rehabilitación pulmonar y rehabilitación cardíaca.
- Educación sobre la diabetes.

Para conocer los detalles y las limitaciones de las coberturas antes mencionadas, consulte la Lista de beneficios, el Resumen de beneficios de atención de salud, la(s) Carta(s) con los aspectos destacados de los beneficios y otros materiales del Asegurador.

2. Exclusiones aplicables a la cobertura médica y quirúrgica

Las siguientes exclusiones se aplican a los beneficios médicos y quirúrgicos:

- Cargos del centro por servicios quirúrgicos proporcionados en establecimientos o centros de cirugía ambulatorios fuera de la red.
- Inseminación artificial o fertilización in vitro.
- Queratoplastia refractiva (queratotomía radial) o procedimientos de la vista similares.
- Tratamiento de problemas de articulación de la mandíbula, como la disfunción de la articulación temporomandibular y los trastornos craneomandibulares.
- Exámenes físicos prematrimoniales o preocupacionales, o exámenes o pruebas similares que no están directamente relacionados con el diagnóstico de una enfermedad o una lesión.
- Visitas virtuales fuera de la red. Gastos relacionados con consultas por Internet con un médico u otro Proveedor, también llamadas visitas o consultas virtuales, servicios web médico-paciente o servicios por correo electrónico médico-paciente, incluidos asesoramiento, planes de tratamiento, medicamentos recetados o suministros médicos que se obtengan de un Proveedor fuera de la red por Internet. Es posible que se cubran servicios similares con un Proveedor dentro de la red según las condiciones del Plan.
- Gastos de autopsia.
- Habitación privada en un centro de atención de salud salvo que su uso sea Médicamente necesario. Si, por cualquier motivo, el Inscrito pasa su internación en una habitación más económica que la habitación cubierta por este Plan, no tendrá derecho al pago de la diferencia entre los cargos.
- Gastos por los servicios de un estudiante de medicina, residente o pasante.
- Médicos o Proveedores en guardia pasiva. Gastos de cualquier médico u otro Proveedor que no haya proporcionado o supervisado de manera directa los servicios médicos brindados al Inscrito, incluso si se encontraba disponible en guardia pasiva.
- Gastos contraídos como resultado de una lesión o enfermedad producto de cualquier acto de guerra, sea declarada o no, acto de naturaleza similar, disturbio, insurgencia, acto terrorista, rebelión o invasión, excepto que lo exija la ley.

- Gastos contraídos a causa de lesiones o enfermedades que resulten de la liberación de energía nuclear.
- Gastos de acupuntura o digitopuntura (con la salvedad de que la acupuntura es un beneficio cubierto para los Inscritos en el plan TCN).
- Gastos de terapia de quelación, excepto que sea Medicamento necesaria para el tratamiento de la intoxicación por metales pesados.
- Gastos de oración, sanación religiosa o sanación espiritual.
- Gastos de suministros, tratamientos o servicios de naturopatía, naprapatía u homeopatía.
- Servicios cosméticos. Las cirugías o tratamientos médicos para mejorar o mantener la apariencia física, no relacionados con funciones físicas, no tienen cobertura. Es posible que se le pida a los Inscritos que utilicen el proceso de Autorización previa para determinar si una cirugía o servicio propuesto se considerará como una cirugía cosmética o como un servicio reconstructivo Medicamento necesario. Las cirugías o tratamientos cosméticos incluyen, entre otros, eliminación de tatuajes, aumento o reducción de senos, eliminación de piel sobrante del abdomen (salvo que los tratamientos o procedimientos de reducción de piel sobrante cumplan con los criterios de cobertura establecidos en la póliza médica del Plan y administrados por el Asegurador; para determinar si el Plan cubre la eliminación de piel sobrante del abdomen en su caso, comuníquese con el Asegurador), cirugía para mejorar la autoestima o para tratar síntomas psicológicos o problemas psicosociales relacionados con la apariencia de un Inscrito, tratamiento venas varicosas u otros tratamientos médicos o quirúrgicos destinados a recuperar o mejorar la apariencia física. Esto no incluye los servicios relacionados con la disforia de género con cobertura en virtud de la política de este Plan.
- Servicios relacionados con la esterilidad para Dependientes que no sean el Cónyuge.
- Algunos anticonceptivos. Los gastos de métodos anticonceptivos sin receta, como los condones, no tienen cobertura.
- Algunos servicios relacionados con la fertilidad y la esterilidad. Los gastos relacionados con servicios de maternidad subrogada, criopreservación de óvulos o espermatozoides, adopción, donantes para personas con esterilidad, implantación embrionaria, reversión de procedimientos de esterilización y reducción embrionaria no tienen cobertura. Los servicios prenatales, de maternidad y de medicamentos con receta relacionados con el embarazo que reciba una Inscrita en carácter de madre subrogante (portadora gestacional) no tienen cobertura. A los fines del Plan, el hijo de una madre subrogante no se considerará como un Dependiente de la madre subrogante o su cónyuge si la madre celebró un contrato u otro acuerdo por medio del cual renunció a sus derechos sobre el niño luego del nacimiento.
- Gastos de educación sobre el parto, clases sobre el método Lamaze o clases sobre lactancia materna.
- Gastos relacionados con la criopreservación de sangre de cordón umbilical u otros tejidos u órganos.
- Gastos de terapia de masajes, método Rolfing y servicios relacionados.

- Algunos servicios de atención del pie y la mano. Los gastos de atención de rutina del pie (incluidos, entre otros, corte de uñas, eliminación o reducción de durezas y callos, eliminación de piel engrosada o agrietada en los talones, masaje de pies, atención preventiva con evaluación de pulsaciones, enfermedades y sensaciones de la piel) y los gastos de atención de rutina de la mano, incluidos aquellos de manicuras y tratamientos de la piel, no tienen cobertura. Es posible que la atención de rutina del pie brindada por un podólogo esté cubierta para los Inscritos con diabetes o una insuficiencia vascular o neurológica que afecte los pies.
- Gastos relacionados con la eliminación de vello o los trasplantes de cabello y otros procedimientos para tratar la pérdida del cabello o promover su crecimiento, incluidos los medicamentos con y sin receta; o los gastos relacionados con el reemplazo de cabello, incluidos, entre otros, dispositivos, pelucas, tupés o postizos para el cabello o análisis del cabello. Sin embargo, el Plan cubre pelucas y suministros relacionados para los Inscritos que tienen pérdida de cabello debido a los efectos de la quimioterapia, radioterapia u otros tratamientos contra las enfermedades.
- Gastos de terapia del habla con fines funcionales, incluidos, entre otros, la tartamudez y el balbuceo, y afecciones que se cree que tienen un origen psiconeurótico o relacionadas con trastornos y retrasos en el desarrollo del habla en la infancia.
- Gastos relacionados con el tratamiento de retrasos en el desarrollo del habla en la infancia salvo que sea consecuencia directa de una lesión, cirugía o producto de un tratamiento cubierto.
- Gastos de productos para dejar el tabaco o dejar de fumar, como parches o goma de mascar de nicotina.
- Gastos de productos para dejar de consumir tabaco o de fumar de venta libre, incluso si los receta un médico.
- Gastos de tratamientos médicos o quirúrgicos en personas con bajo peso extremo. Esto incluye, entre otros, suplementos dietarios altos en calorías o en proteínas u otros suplementos nutricionales o dietarios, excepto cuando se relacione con el tratamiento Médico necesario de la anorexia, la bulimia o cuadros de inanición aguda. Bajo peso extremo hace referencia a un peso que se encuentre más del 25 % por debajo del peso corporal normal para la edad, sexo, altura y contextura física del Inscrito según las tablas de peso generalmente utilizadas por los médicos para determinar el peso corporal normal.
- Servicios de atención de la vista de rutina (con la salvedad de que el plan de la Vista cubre determinados servicios de la vista de rutina) y suministros.

3. Beneficios de opinión quirúrgica

El Plan cubrirá una segunda o tercera opinión quirúrgica antes de proceder con la cirugía para determinar si se trata de una atención Médico necesaria. Debe recibir servicios de un Proveedor dentro de la red y coordinar su segunda o tercera opinión con el Asegurador.

Si recibe una segunda opinión, se cubren los servicios prestados en el marco de esa segunda opinión, incluida la consulta con el Proveedor y todos los servicios de radiografías, exámenes de laboratorio y pruebas necesarios. Si el Proveedor que brinda la segunda opinión no está de acuerdo con las recomendaciones del primer Proveedor, el Plan cubrirá una tercera opinión de un Proveedor dentro de la red en el caso de que desee obtenerla.

H. SERVICIOS DE AMBULANCIA

Si una ambulancia es Médicamente necesaria, el Plan cubre el transporte en ambulancia al centro más cercano calificado para brindarle tratamiento, tal como se describe a continuación. Tenga en cuenta que, si la compañía de ambulancias es un Proveedor no participante, es posible que el Asegurador le pague directamente a Usted el Monto permitido del Plan y Usted sea responsable del pago de la factura del Proveedor no participante. Asimismo, si la compañía de ambulancias es un Proveedor no participante, además de ser responsable de cualquier costo compartido que adeude, es posible que la compañía de ambulancias le facture la diferencia entre el Monto permitido del Plan y el monto total de su factura. Tiene cobertura para una amplia gama de servicios de ambulancia, entre los que se incluyen los siguientes:

1. Ambulancia terrestre

- Los traslados entre Hospitales cercanos, porque el Hospital de origen no cuenta con las instalaciones, los equipos o el personal necesario para el tratamiento.
- El traslado de ida, o de ida y vuelta, para un Inscrito que esté internado en un Hospital que debe ser llevado a un centro no hospitalario para realizarle un examen de diagnóstico cubierto (si se trata de un centro no hospitalario participante), cuando los servicios no estén disponibles en el Hospital en el que el Inscrito está internado ni en un Hospital dentro de la red cercano.
- El traslado de ida y vuelta de un Inscrito confinado en su hogar desde su hogar hasta el centro disponible más cercano calificado para tratar al Inscrito cuando no se pueden usar otros medios de transporte sin poner en peligro su vida.
- El traslado de emergencia de ida para llevar a un Inscrito desde su hogar o desde el lugar de un incidente en casos de Emergencia médica o Lesión accidental hasta el centro disponible más cercano calificado para tratarlo.
- Cargos de servicios de soporte vital básico. Un cargo estándar por traslado que incluye el uso del vehículo, equipo, suministros y personal necesario para prestar servicios clasificados como servicios de soporte vital básico. El soporte vital básico consiste en servicios que permiten la estabilización inicial y el traslado del Inscrito.
- Cargos de servicios de soporte vital avanzado. Un cargo estándar por traslado que incluye el uso del vehículo, equipo, suministros y personal necesario para prestar servicios clasificados como servicios de soporte vital avanzado. El soporte vital avanzado implica procedimientos de tratamiento de una Emergencia médica aguda con intervención de un Proveedor.
- Cargos por millas recorridas. Un cargo por milla para las distancias recorridas mientras el Inscrito ocupa la ambulancia.
- Tiempo de espera. Un cargo por el tiempo de espera transcurrido durante un traslado de un Inscrito de un Hospital a otro centro de tratamiento y el regreso al mismo Hospital.
- Ausencia de traslado cuando se declara el fallecimiento del paciente luego de la llegada de la ambulancia.

2. Ambulancia aérea y acuática

Si se requiere una ambulancia aérea o acuática, el Plan cubre los cargos de los servicios de ambulancia acuática o aérea de ala fija o rotativa, con sujeción a restricciones que incluyen limitaciones de millas. El Plan cubre un cargo estándar por traslado, que incluye el uso del transporte aéreo o acuático, suministros y personal necesario para prestar los servicios necesarios. El traslado en ambulancia aérea no relacionado con una Emergencia médica debe ser autorizado previamente por el Asegurador antes de que esté cubierto. Para esta Autorización previa se evaluará si el traslado es Médicamente necesario y si se realiza al lugar más cercano que pueda brindarle tratamiento. Si es posible, debe usar un proveedor de ambulancias aéreas dentro de la red para cualquier traslado no relacionado con una Emergencia médica. Si usa un proveedor de ambulancias aéreas o acuáticas no participante, el Plan intentará llegar a un acuerdo con dicho proveedor para que a Usted no le quede ningún saldo restante por cubrir. En cualquier caso, el Plan pagará el 140 % del Monto permitido o el 70 % de los cargos facturados por el Proveedor no participante, lo que fuera menor. Si se determina que el traslado por ambulancia terrestre hubiera sido adecuado, el pago de los servicios de ambulancia aérea o acuática se limitará al monto que se habría pagado por el uso de una ambulancia terrestre.

3. Limitaciones y exclusiones aplicables a las ambulancias

Las siguientes limitaciones y exclusiones se aplican a la cobertura de ambulancias:

- La cobertura se limita al Monto permitido para trasladar a un Inscrito dentro del área metropolitana o al centro más cercano capacitado para tratar al Inscrito, según corresponda en virtud de las condiciones del Plan.
- La cobertura no incluye lo siguiente:
 - Traslado en un vehículo no clasificado como ambulancia.
 - Traslado por comodidad del Inscrito, su familia o el Proveedor.
 - Servicios prestados por departamentos de bomberos, escuadrones de rescate u otras organizaciones cuyos honorarios se paguen como una donación voluntaria.
 - Traslados que no sean Médicamente necesarios.
 - Honorarios facturados por Proveedores por servicios profesionales prestados a Inscritos trasladados en ambulancia.
 - Servicios pagaderos por medio de un arreglo vigente para el traslado de Inscritos, donde habitualmente no se realiza un cargo adicional, independientemente de si dichos servicios estuvieron disponibles de manera inmediata o no.

- Los siguientes servicios no tienen cobertura como cargos por separado; dichos cargos se incluyen en el pago de beneficios por el cargo estándar de traslado relacionado con servicios de soporte vital básico o avanzado y no se pagan por separado:
 - Uso de dispositivos o equipos específicos.
 - Gases, fluidos, medicamentos, apósitos u otros suministros.
 - Servicios de primeros auxilios, colocación de férulas o cualquier procedimiento personal o servicio ante una Emergencia médica.
 - Operadores de vehículos, sus asistentes u otro tipo de personal.

I. TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS, Y TERAPIA DEL HABLA

Si se lo indica su Proveedor, usted tiene cobertura de terapia física y ocupacional para pacientes ambulatorios, y terapia del habla. Antes de recibir terapia física y ocupacional para pacientes ambulatorios, o terapia del habla, comuníquese con el Asegurador para determinar si los servicios estarán cubiertos para la afección y si el Proveedor de servicios para pacientes ambulatorios es un Proveedor dentro de la red. Los beneficios de la terapia física, ocupacional o del habla no se pagarán si los presta un Proveedor fuera de la red.

Se cubren hasta 60 visitas combinadas (por afección admisible) por año calendario para terapia física y ocupacional para pacientes ambulatorios, y terapia del habla proporcionada por un Proveedor dentro de la red en un centro de la red. El límite anual de 60 visitas (por afección admisible) puede renovarse después de una cirugía o la reaparición de la afección.

Limitaciones y exclusiones de la cobertura

Las siguientes limitaciones y exclusiones se aplican a la cobertura de terapia física para pacientes ambulatorios, terapia ocupacional para pacientes ambulatorios y terapia del habla:

- Los tratamientos con terapias múltiples que se realicen en un mismo día (ya sea terapia física, funcional o del habla) se consideran una sola visita.
- La terapia del habla está cubierta cuando esté relacionada con el tratamiento de una afección médica orgánica o el estado posoperatorio o convaleciente inmediato de la enfermedad del Inscrito. No está cubierta para afecciones crónicas de larga duración o anomalías del habla heredadas (con la salvedad de que estará cubierta para los Hijos dependientes menores de seis años que tengan trastornos graves y congénitos en el desarrollo del habla, cuando no esté disponible a través de agencias públicas, el estado o la escuela; si un Hijo dependiente cumple seis años mientras este tipo de terapia esté en curso, la cobertura continuará hasta que se agote el máximo de 60 visitas para ese año calendario).

- La cobertura de terapia física se limita a la expectativa de mejora dentro de un período razonable y predecible, y la mejora se documenta de manera periódica en su historia clínica.
- La terapia física y la terapia ocupacional no tienen cobertura para el tratamiento de enfermedades congénitas o si se las proporciona únicamente para mantener la función musculoesquelética.
- La terapia del habla no está cubierta para discapacidades del aprendizaje educativo (p. ej., dislexia), deglución anormal o protrusión lingual, o trastornos leves del desarrollo del habla o del lenguaje.
- Las internaciones cuyo fin principal sea el de realizar terapia física, ocupacional o del habla no tienen cobertura.

J. COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Usted cuenta con cobertura de servicios de salud mental y por uso de sustancias a través del Plan. Es posible que tenga que obtener Autorización previa antes de recibir servicios relacionados con enfermedades de salud mental o trastornos por uso de sustancias a través del Plan.

Debe acudir un Proveedor dentro de la red para obtener servicios relacionados con enfermedades de salud mental y trastornos por uso de sustancias (salvo en caso de Emergencias médicas).

El Plan brinda beneficios para los siguientes servicios relacionados con enfermedades de salud mental y trastornos por uso de sustancias Médicamente necesarios:

- Visitas de terapia para atención ambulatoria de la salud mental en un Centro dentro de la red a cargo de un Proveedor participante.
- Visitas de terapia para atención ambulatoria del trastorno por uso de sustancias en un Centro dentro de la red a cargo de un Proveedor participante.
- Hasta un máximo de 45 días al año (combinando la modalidad con internación o residencial) de atención como paciente internado por servicios de salud mental en un período de beneficios en el Hospital o un Centro residencial de tratamiento para enfermedades psiquiátricas cubiertas si la afección requiere que se brinde atención profesional continua en un ámbito de internación. Estas visitas pueden ser consecutivas o intermitentes. Si un Inscrito no permanece internado al menos 60 días consecutivos, el beneficio de 45 días se renueva.
- Hasta un máximo de 45 días al año (combinando la modalidad con internación o residencial) de atención como paciente internado por trastorno por uso de sustancias en un período de beneficios en el Hospital o un Centro residencial para el tratamiento de un trastorno emocional que provoca una adicción, o es consecuencia de esta, si la afección requiere que se brinde atención profesional continua en un ámbito de internación. Estas visitas pueden ser consecutivas o intermitentes. Si un Inscrito no permanece internado al menos 60 días consecutivos, el beneficio de 45 días se renueva.

- Hasta un máximo de 35 visitas al año en un Centro de tratamiento con internación parcial aprobado por servicios de salud mental.
- Hasta un máximo de 35 visitas al año en un Centro de tratamiento con internación parcial aprobado por trastornos por uso de sustancias.

En ocasiones, las enfermedades tienen que cubrirse tanto dentro de la categoría de beneficios médicos como de salud mental. Si esto ocurre, los beneficios médicos cubren la duración habitual de la internación en el caso de atención posparto o posquirúrgica; la atención de la salud mental posterior luego se cobraría de los servicios de salud mental para pacientes internados con cobertura.

1. Servicios relacionados con trastornos por uso de sustancias con cobertura

Los siguientes servicios relacionados con trastornos por uso de sustancias tienen cobertura:

- Distribución de metadona.
- Análisis de muestras de orina.
- Exámenes físicos.
- Otros procedimientos diagnósticos.
- Servicios profesionales, si se brindan en relación con los servicios vinculados a los trastornos por uso de sustancias.
- Desintoxicación, si se realiza en un Hospital o un Centro de tratamiento residencial participantes (y esto se descontará del período de beneficios de 45 días para servicios relacionados con enfermedades de salud mental y trastornos por uso de sustancias).

2. Beneficios de salud mental con cobertura

Los servicios de asesoramiento tienen cobertura solo para los Inscritos; los servicios de asesoramiento familiar están disponibles para los Inscritos en este Plan solo si son prestados por el mismo Proveedor que brinda servicios al miembro de la familia que recibe tratamiento.

3. Límites de la cobertura de servicios relacionados con enfermedades de salud mental y trastornos por uso de sustancias

Los servicios relacionados con enfermedades de salud mental y trastornos por uso de sustancias fuera de la red tienen limitaciones a través del Plan.

- Las visitas con internación para recibir servicios relacionados con enfermedades de salud mental y trastornos por uso de sustancias deben realizarse en un Centro dentro de la red excepto en caso de Emergencia médica.
- El Plan cubre servicios relacionados con la salud mental y los trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios prestados por Proveedores dentro de la red y Proveedores fuera de la red, con sujeción a ciertas restricciones del Plan.

- a. Los pagos por servicios relacionados con las enfermedades de la salud mental o el trastorno por uso de sustancias prestados por un Proveedor fuera de la red se limitarán a los montos que el Plan le paga a un Proveedor dentro de la red por el mismo servicio.
- b. Los servicios relacionados con los trastornos por uso de sustancias brindados por Proveedores fuera de la red solo tienen cobertura si se obtiene Autorización previa del Asegurador.
- Las visitas a profesionales no participantes que no sean médicos, incluidos, entre otros, psicólogos, enfermeros profesionales, trabajadores sociales y asesores sobre adicciones (cuando se las facture por separado y no como parte de una internación) no tienen cobertura.

4. Exclusiones de la cobertura de salud mental

Además de las otras exclusiones del Plan, los servicios en caso de enfermedades de salud mental están sujetos a las siguientes exclusiones:

- Servicios de salud mental relacionados con discapacidades de aprendizaje e intelectuales, con la salvedad de que estarán cubiertos si se los presta con fines de evaluación o diagnóstico.
- Tratamiento de enfermedades de la salud mental no clasificadas como trastornos emocionales o de la personalidad.
- Servicios prestados con fines de investigación y que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Terapia educacional, que se define como un servicio de tutoría académica para Hijos dependientes para ayudarlos con el déficit de atención y servicios dirigidos únicamente a corregir deficiencias educativas, independientemente de que se relacionen con el desarrollo o que sean de origen orgánico. Las deficiencias educativas incluyen problemas de aprendizaje congénitos o vinculados al desarrollo, como la dislexia, problemas para leer o realizar operaciones matemáticas, alexia, afasia auditiva y estrefosimbolia. También incluyen las afecciones del habla, como tartamudez, balbuceo, taquilalia y ceceo.
- Servicios de capacitación de personal y servicios cuyo objetivo principal sea fomentar la formación o capacitación académica o profesional del Inscrito (independientemente del diagnóstico o de los síntomas).
- Servicios de salud mental por trastornos y enfermedades mentales que, según los estándares profesionales generalmente aceptados, no son susceptibles de modificaciones favorables. Excepción: el Plan cubre ciertos servicios cuando son necesarios para determinar que dicho trastorno o enfermedad no es susceptible de modificaciones favorables.

- Pruebas psicológicas y de laboratorio facturadas cuando se usaron para evaluaciones de detección de rutina de individuos en el rango de lo normal, que en su mayoría están libres de síntomas. Solo las pruebas indicadas por un médico y autorizadas por el Plan se considerarán para su reembolso. El médico debe indicar selectivamente solo aquellos servicios que se consideran necesarios para cada Inscrito.
- Servicios indirectos, como reuniones de supervisión que ocurren entre el psiquiatra y un terapeuta primario.
- Asesoramiento prematrimonial.
- Asesoramiento matrimonial.
- Terapia de relajación.
- Reducción o control del peso.
- Didáctica (salvo los beneficios de didáctica provenientes de un programa intensivo para pacientes ambulatorios, que están cubiertos).
- Servicios que aún no son aceptados generalmente por la comunidad médica o para los que no hay pruebas de validez científica.
- Tratamiento y asesoramiento de Inscritos con una disfunción sexual ante la ausencia de una enfermedad emocional subyacente. Para que el Plan cubra dicho tratamiento o asesoramiento, el historial médico del Inscrito debe contener un examen físico y de antecedentes para descartar una causa fisiológica y establecer con claridad los factores causales como psicogénicos. La pareja del Inscrito puede participar en el tratamiento, pero el Plan solo pagará el tratamiento del Inscrito.
- L-triptófano, con la excepción de que el Plan cubre el tratamiento de estados de deficiencia nutricional diagnosticados y documentados.
- Vitaminas, con la excepción de que el Plan cubre el tratamiento de estados de deficiencia nutricional diagnosticados y documentados.
- Interconsultas con un profesional de la salud mental a fin de tomar decisiones en cuestiones de custodia y manutención marital o de hijos.
- Tratamientos ecológicos ambientales.
- Terapia ortomolecular o megavitamínica.
- Meditación trascendental.
- Terapia Rolfing.
- Terapia ZPoint.

- Erhard Seminar Training.
- Terapia primal.
- Terapia bioenergética.
- Terapia con dióxido de carbono.
- Imágenes guiadas.
- Biorretroalimentación.
- Terapia de electroestimulación con acción sedativa.
- Terapia de aversión.
- Terapia de confrontación.
- Terapia con oxígeno hipobárico o normobárico.
- Narcoterapia con LSD.
- Hemodiálisis para esquizofrenia.
- Análisis de capacitación (tutorial, ortodoxo).
- Capacitación de sensibilización.
- Tratamiento de curación con cristales.
- Musicoterapia, arteterapia o poesía terapéutica.
- Tratamiento por orden judicial.
- Citas a las que no se ha acudido.
- Terapia de desensibilización a través del movimiento ocular.
- Servicios prestados en centros no aprobados.
- Servicios prestados que superan los parámetros de los beneficios.
- Terapia que no se lleva a cabo en tiempo real o que no cumple con los criterios del Plan con respecto a dónde se presta el servicio.
- Pruebas psicológicas de rutina de personas que, en general, no presentan síntomas.
- Adicción al juego.
- Terapia recreativa o ecoterapia (p. ej., un programa organizado con actividades recreativas).
- Terapia a través de la diversión, que puede incluir actividades que mejoran o mantienen las habilidades de autocuidado y para la vida diaria de un Inscrito.

5. Limitaciones y exclusiones de la cobertura de trastornos por uso de sustancias

Además de las otras exclusiones del Plan, los servicios en caso de trastornos por uso de sustancias están sujetos a las siguientes exclusiones:

- Servicios prestados en centros no aprobados.
- Servicios prestados que superan los parámetros de los beneficios.
- Tratamiento de afecciones no clasificadas como trastorno por uso de sustancias.
- Pruebas psicológicas de rutina de los Inscritos que, en general, no presentan síntomas.
- Terapia que no se lleva a cabo en tiempo real o que no cumple con los criterios del Plan con respecto a cómo se presta el servicio.
- Citas a las que no se ha acudido.

6. Limitaciones y exclusiones generales de la cobertura

Además de las otras exclusiones del Plan, tanto los servicios de salud mental como los que se prestan en caso de trastornos por uso de sustancias están sujetos a las siguientes exclusiones y limitaciones:

- La cobertura del tratamiento del trastorno por uso de sustancias, incluida la distribución de metadona, el análisis de muestras de orina o la realización de exámenes mediante radiografías u otros procedimientos de diagnóstico, no incluye el pago adicional por servicios profesionales, a menos que se trate de un servicio profesional separado y distinto, como terapia, asesoramiento o pruebas psicológicas.
- La cobertura no incluye pruebas si se usan con fines de orientación vocacional, capacitación o asesoramiento.

K. COBERTURA DE CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

1. Descripción general de la cobertura de Centro de enfermería especializada

Esta sección VI(K)(1) brinda una descripción general de la cobertura de Centro de enfermería especializada (SNF) para los planes ECP y Humana Commercial. En la sección IV(H) de esta SPD, puede encontrar una descripción general de la cobertura de SNF para el plan TCN y cómo funciona con Medicare.

Un SNF es un centro fuera del Hospital que brinda atención de enfermería las 24 horas del día bajo la supervisión de un profesional de atención de salud. El Plan cubre internaciones Médicamente necesarias en SNF dentro y fuera de la red en caso de necesidad de rehabilitación y terapia adicional. Cuando se cubra su internación en un SNF a través del Plan, ya sea dentro o fuera de la red, esta cobertura no incluirá el Deducible y el Coseguro que correspondan hasta alcanzar su Desembolso máximo. La cobertura del Plan es diferente para los SNF dentro y fuera de la red.

2. Beneficios en un Centro de enfermería especializada dentro de la red

Desde el primer día de su internación en un SNF hasta la fecha del alta, se cubrirá su internación a través del Plan, según se describe en la sección VI(K) “Cobertura de Centro de enfermería especializada”. El Plan seguirá cubriendo las internaciones en un SNF si le dan de alta y vuelve a ingresar en el SNF en algún momento durante el año calendario.

El límite de cobertura de 100 días y la interrupción de 60 días entre internaciones en un SNF, que se aplican a las internaciones en SNF fuera de la red y se describen inmediatamente a continuación, no se aplican a internaciones en SNF dentro de la red.

3. Beneficios en un Centro de enfermería especializada fuera de la red

Este beneficio por internación cubierta en un SNF se limita a 100 días cubiertos a través del Plan.

Después de una internación inicial en un SNF fuera de la red, el Plan le exige que se interrumpan los servicios prestados por el Centro durante un período de 60 días antes de que se vuelvan a cubrir beneficios adicionales en un SNF. Si después de esos 60 días, Usted necesita días adicionales de internación en un SNF, estarán cubiertos a través del Plan.

Además, al inicio de cada año del Plan, tendrá cobertura por otros 100 días de atención Médicamente necesaria en un SNF a través del Plan, incluso si no se han interrumpido los servicios que presta el SNF por un período de 60 días.

Con el Plan, se cubrirá la atención Médicamente necesaria en un Centro de enfermería especializada (SNF) en determinadas circunstancias y durante un tiempo limitado. Un SNF es un centro fuera del Hospital que brinda atención de enfermería las 24 horas del día bajo la supervisión de un profesional de atención de salud. Se puede acudir a este tipo de Centros para recibir servicios de rehabilitación y otros servicios de enfermería especializada.

Las siguientes secciones, desde VI(K)(2) hasta (4), brindan información sobre la cobertura de un SNF para los planes ECP, TCN y Humana Commercial. Esta sección VI(K)(1) brinda una descripción general de la cobertura de Centro de enfermería especializada (SNF) para los planes ECP y Humana Commercial.

a. Requisitos para la cobertura de Centro de enfermería especializada

A través del Plan, se cubrirá la atención en un SNF solo si se cumplen las siguientes condiciones:

- Si Usted está inscrito en los planes ECP o Humana Commercial, debe obtener la autorización previa. Si está inscrito en el plan TCN, se requiere que su internación cumpla con los siguientes requisitos: (a) debe ser un beneficio con cobertura de Medicare; o (b) debe tener la autorización previa del Asegurador si el beneficio de internación con cobertura de Medicare finaliza porque supera la cantidad de días cubiertos por Medicare.
- Los servicios son Médicamente necesarios para el tratamiento de su afección.

- El SNF debe ser participante y tener un contrato con el Asegurador (no se ofrece cobertura en los SNF no participantes, aunque se cubre la atención Médicamente necesaria en los SNF fuera de la red).
- Su médico ha indicado los servicios que Usted necesita de un SNF, que requieren las habilidades de un profesional de atención de salud (como un enfermero registrado, un auxiliar de enfermería con licencia, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional o un terapeuta del habla), y estos son prestados y supervisados por dichos profesionales de atención de salud.
- Se debe estar recuperando de una lesión o enfermedad que tenga un pronóstico favorable y un nivel de recuperación predecible.
- La atención debe ser parte de un plan de tratamiento aprobado por el Asegurador.
- La atención que necesita el Inscrito requiere una combinación de servicios de enfermería especializada prestados a diario que son de menor intensidad que los de un Hospital de atención aguda general, pero de mayor intensidad que los disponibles en el lugar de residencia del Inscrito.

b. Beneficios cubiertos en un Centro de enfermería especializada

Si ingresa en un SNF, los siguientes servicios están cubiertos cuando los indica el médico tratante y los presta generalmente un SNF o un Hospital afiliado a uno de estos Centros:

- Visitas médicas a un proveedor, a razón de dos por semana, en un SNF aprobado para afecciones generales.
- Servicio de habitación semiprivada, que incluye servicio de enfermería general, comidas y dietas especiales.
- Uso de salas para tratamientos especiales.
- Análisis de laboratorio.
- Radiografía y electrocardiograma.
- Tratamientos mediante terapia física, terapia ocupacional y del habla.
- Terapia con oxígeno y otros gases medicinales.
- Medicamentos, productos biológicos y soluciones utilizados mientras el Inscrito está internado en el SNF.
- Gasas, algodón, telas, soluciones, yeso y otros materiales que se utilizan en apósitos y para enyesar.
- Equipo médico duradero, si se paga conforme a las disposiciones de este Plan.

c. Limitaciones y exclusiones de la cobertura de Centro de enfermería especializada

Además de las limitaciones establecidas en otras secciones de esta SPD, los beneficios en un SNF que se describen a continuación no están cubiertos e incluyen internaciones por los siguientes motivos:

- Afecciones para las cuales los servicios no son Médicamente necesarios, o que no requieren servicios de enfermería especializada.
- Ingresos que son principalmente para Atención domiciliaria, asistencia básica para vivir o tratamiento de la tuberculosis.
- Atención en un centro de acogida para adultos, en un centro de vida asistida o Cuidado no médico (como ayudar a los Inscritos a acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, usar el baño, caminar o tomar medicamentos que pueden autoadministrarse).
- Inscritos que han alcanzado su nivel máximo de recuperación posible respecto de su afección en particular y que ya no necesitan otro tratamiento más que cuidados paliativos de rutina.
- Enfermedad mental principal, incluida la adicción a las drogas, los síndromes crónicos que afectan el cerebro, y el alcoholismo, sin otras afecciones médicas específicas de gravedad que requieran atención a través del Plan (excepto que se cubra a través del Plan la atención por convalecencia a corto plazo para los Inscritos con enfermedad mental primaria y para quienes tengan un pronóstico favorable de recuperación o mejoría).
- Servicios de terapia de rehabilitación para pacientes internados que se prestan a un Inscrito que está inconsciente, en estado de coma o incapacitado de alguna manera para participar conscientemente en los servicios de terapia, o que no puede aprender o recordar lo que se enseña, incluidos, entre otros, programas y servicios de estimulación tras el coma y rehabilitación cognitiva.
- Gastos de mantenimiento de la rehabilitación.
- Inscritos que sufren deterioro senil y que no tienen una afección tratable que requiera atención.
- Servicios prestados por SNF no participantes.

L. SERVICIOS PREVENTIVOS

Esta sección VI(L) brinda una descripción general de la cobertura de servicios preventivos para los planes ECP y Humana Commercial. En la sección IV(F) de esta SPD, puede encontrar una descripción general de la cobertura de los servicios preventivos para el plan TCN y cómo funciona con Medicare.

Aproveche los servicios preventivos cubiertos: Podrá evitar futuros problemas de salud si lo hace.

Se recomienda usar los servicios preventivos porque, gracias a las pruebas de detección pertinentes, puede evitar problemas de salud a futuro. Con el Plan, se cubren pruebas de detección que tienen una recomendación de grado A o B según el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los EE. UU., y se seleccionan servicios preventivos adicionales, que se pueden encontrar en el sitio web de este grupo de expertos.

Los requisitos de Deducible anual, Copago y Coseguro no se aplican a los servicios preventivos cuando los recibe de Proveedores dentro de la red.

Los servicios preventivos pueden estar sujetos a limitaciones de sexo, edad o frecuencia. Por ejemplo, las pruebas de antígeno prostático específico solo están disponibles para las personas designadas como varones al nacer en un determinado intervalo de edad. Comuníquese con su Asegurador para obtener más información. Si la cantidad de servicios preventivos cubiertos en un período es limitada (p. ej., uno por año), el primer servicio que reciba se considerará preventivo y, por lo tanto, quedará excluido del costo compartido. Los servicios adicionales que reciba durante dicho período, los servicios de diagnóstico adicionales, los servicios prestados fuera de los límites de edad relacionados y aquellos prestados por Proveedores fuera de la red estarán sujetos al costo compartido que corresponda (como los requisitos de Deducible anual, Copago o Coseguro) y a las disposiciones normales del Plan.

M. VISITAS AL CONSULTORIO DEL MÉDICO

Esta sección VI(M) brinda una descripción general de la cobertura de visitas al consultorio del médico para los planes ECP y Humana Commercial. En la sección IV(G) de esta SPD, puede encontrar una descripción general de la cobertura de visitas al consultorio del médico para el plan TCN y cómo funciona con Medicare. Las visitas al consultorio del médico no están cubiertas a través del plan si los Inscritos y Dependientes de Medicare están inscritos en el plan TCN.

Con el Plan, se cubren visitas al consultorio del médico para los Inscritos y Dependientes sin Medicare que están inscritos en el plan ECP o Humana Commercial. Para aprovechar este beneficio, debe recibir tratamiento de un Proveedor dentro de la red. Se le recomienda que tenga un Médico de atención primaria (PCP). Las visitas al consultorio del PCP cubiertas incluirán, al menos, un chequeo de control anual y visitas Médicamente necesarias adicionales ilimitadas. Entre los proveedores cubiertos se encuentran médicos de familia, médicos generalistas, médicos internistas, geriatras, obstetras/ginecólogos, pediatras, enfermeros profesionales y asistentes de médicos de la red.

Con el Plan, también se cubren las visitas al consultorio de proveedores especialistas dentro de la red. Estas visitas al consultorio Médicamente necesarias también son ilimitadas. No obstante, su costo compartido por visitas a un Proveedor especialista será mayor que el de las visitas a su PCP. Estas visitas también pueden hacerse a un enfermero profesional o asistente de médico que trabaje con el Proveedor especialista.

Este beneficio también incluye la posibilidad de obtener una segunda opinión. Debe comunicarse con su Asegurador para que lo ayude a coordinar la visita al consultorio.

N. ADMINISTRACIÓN DE CASOS

Esta sección VI(N) brinda una descripción general de la cobertura de administración de casos para los planes ECP y Humana Commercial. En la sección IV(K) de esta SPD, puede encontrar una descripción general de la cobertura de administración de casos para el plan TCN y cómo funciona con Medicare.

Es posible que lo inviten a participar en el Programa de Administración de Casos. En algunos casos, puede tener la obligación de participar en el Programa de Administración de Casos. El Asegurador, en representación del Plan, puede exigir la participación en el Programa de Administración de Casos ante determinadas afecciones complejas, graves o raras. En caso de que un Inscrito se rehúse a participar en el Programa de Administración de Casos obligatorio, no se pagarán a través del Plan los servicios médicos, tratamientos, eventualidades, medicamentos con receta y otros servicios relacionados con la afección.

O. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA OBLIGATORIA

En algunos casos, es posible que, a través del Plan, se exija una segunda opinión médica para revisar o confirmar un diagnóstico o un plan de tratamiento. Con el Plan, se cubrirán los costos de los servicios relacionados con la segunda opinión, como radiografías o análisis de sangre. Se le ofrecerá elegir entre dos proveedores diferentes para que obtenga esa segunda opinión. Si se rehúsa a hacerlo, es posible que se interrumpa la cobertura de los servicios relacionados con el diagnóstico o el plan de tratamiento, así como la de otros servicios.

P. TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Esta sección VI(P) brinda una descripción general de la cobertura de trasplante de órganos para los planes ECP y Humana Commercial. En la sección IV(L) de esta SPD, puede encontrar una descripción general de la cobertura de trasplante de órganos para el plan TCN y cómo funciona con Medicare.

Los trasplantes de órganos están cubiertos, sujeto a ciertos requisitos, incluido que deben ser Médicamente necesarios. Por lo general, antes de que se lleve a cabo cualquier trasplante, se debe obtener la autorización previa del Plan. Todos los trasplantes deben realizarse en un centro de excelencia autorizado por el Asegurador (p. ej., Blue Distinction Centers para Blue Cross Blue Shield).

La inscripción en el Programa de Administración de Casos es obligatoria para todos los tipos de trasplantes, excepto los de córnea, piel o riñón, a menos que el trasplante de riñón se realice junto con el trasplante de otros órganos, como páncreas. Si no participa en el Programa de Administración de Casos, todos los servicios médicos, tratamientos, eventualidades, medicamentos con receta y otros servicios relacionados con el trasplante no estarán cubiertos. Para que tenga más probabilidades de que el trasplante sea satisfactorio, su inscripción en el Programa de Administración de Casos comenzará antes de que se realice el trasplante y continuará después de la cirugía.

Comuníquese con el Asegurador para obtener información sobre los centros de trasplantes aprobados y más datos sobre cuáles son los costos cubiertos.

1. Coordinación de beneficios de trasplante de órganos

- Los beneficios que se pagan a través del Plan se reducirán según los montos que deban ser pagados por terceros, como fundaciones, subvenciones, agencias o programas gubernamentales, subvenciones educativas o de investigación y organizaciones benéficas. Se reducirá la cobertura a través del Plan de manera proporcional a los costos del trasplante de órganos y los servicios asociados que se cubran a través de una subvención gubernamental, de una fundación u organización benéfica.
- Cualquier tipo de trasplante de tejido u órgano de un donante a un receptor, que requiera la extirpación quirúrgica del órgano y tejido donados son servicios cubiertos a través del Plan, conforme a los criterios que se describen a continuación y en otras secciones de esta SPD:

- Cuando un Inscrito es el receptor del órgano:
 - los costos del Inscrito están cubiertos a través del Plan;
 - los costos del donante están cubiertos a través del Plan si no hay otro seguro o pagador disponible que los cubra;
 - cualquier costo compartido asociado con el donante será responsabilidad del Inscrito.

- Cuando un Inscrito es el donante de órganos:
 - los costos del Inscrito están cubiertos a través del Plan;
 - los costos del receptor no están cubiertos a través del Plan.

- Cuando un Inscrito es el donante de órganos y un Inscrito es el receptor:
 - los costos del donante Inscrito están cubiertos a través del Plan;
 - los costos del receptor Inscrito están cubiertos a través del Plan;
 - el costo compartido asociado con el trasplante es responsabilidad final del receptor Inscrito.

- Cuando se trate de un donante cadavérico y un Inscrito sea el receptor:
 - los costos del Inscrito están cubiertos, excepto el monto que cubra una agencia de obtención de órganos;
 - cualquier costo compartido será responsabilidad del Inscrito.

2. Cobertura de trasplantes de órganos

Con el Plan, se cubren, entre otros, los siguientes servicios y gastos relacionados con trasplantes de órganos:

- Costos de evaluación y obtención. Los gastos de la evaluación y obtención de órganos y tejidos están cubiertos cuando los factura un Hospital. También se cubren los cargos por la colaboración en los registros de obtención de órganos, los quirófanos, los insumos, el uso de equipos del Hospital y el traslado del tejido u órgano que se evaluará. Todos esos gastos cubiertos se le imputarán a la cobertura del receptor Inscrito si el donante o posible donante no cuenta con los beneficios conforme a alguna otra cobertura de atención de salud.
- Las vacunas para los Inscritos que se aplican después del trasplante están cubiertas hasta 30 meses después de ese procedimiento.

3. Limitaciones y exclusiones de la cobertura de trasplante de órganos

Además de las limitaciones establecidas en otras secciones de esta SPD, los beneficios por trasplante de órganos que no están cubiertos incluyen los siguientes:

- Gastos por trasplantes de órganos o tejidos que sean Experimentales o de Investigación, incluidos, entre otros, selección de donantes, obtención o elección, extracción de órganos o tejidos, traslado, trasplante, servicios postoperatorios, fármacos o medicamentos, y todas las complicaciones asociadas.
- Gastos relacionados con trasplantes o implantes de órganos o tejidos de especie no humana (xenoinjertos) (excepto los implantes de válvulas cardíacas de especie no humana que sí están cubiertos).
- Gastos por el costo de un órgano o tejido vendido y no donado. Los costos asociados con el trasplante, incluidos los del procedimiento, también están excluidos cuando el Inscrito sabe que el órgano fue comprado o tiene la intención de vender un órgano propio.
- Gastos de transporte y hospedaje.
- Gastos por cirugía de trasplante y servicios relacionados realizados en un centro no designado.
- Gastos por costos de almacenamiento de rutina de órganos de donantes con el objetivo de un trasplante a futuro.
- Gastos por determinados servicios anteriores a la cirugía de trasplante de órganos.
- Gastos de inserción y mantenimiento de un corazón artificial u otro órgano o dispositivo relacionado, incluidas las complicaciones asociadas, salvo que se cubra lo siguiente:
 - válvulas cardíacas;
 - diálisis y
 - un dispositivo de asistencia ventricular o VAD (es decir, una bomba mecánica que se usa para ayudar a un corazón con lesiones o debilitado a que bombee sangre):
 - solo cuando se usa como puente para un trasplante de corazón;
 - para ayudar la circulación sanguínea después de una cirugía a corazón abierto;
 - como terapia de destino (soporte cardíaco mecánico permanente, pero solo si tiene la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ese fin y el dispositivo se usa de acuerdo con las instrucciones de etiquetado aprobadas por dicha Administración).

Q. EQUIPO MÉDICO DURADERO Y DISPOSITIVOS PROTÉSICOS Y ORTOPÉDICOS

Esta sección VI(Q) brinda una descripción general de la cobertura de equipos médicos duraderos (DME) y dispositivos protésicos y ortopédicos para los planes ECP y Humana Commercial. En la sección IV(M) anterior en esta SPD, puede encontrar una descripción general de la cobertura de DME y dispositivos protésicos y ortopédicos para el plan TCN y cómo funciona con Medicare.

Usted tiene cobertura de los equipos médicos duraderos (DME) y los dispositivos protésicos y ortopédicos Médicamente necesarios que le indique su médico. En general, los DME y los dispositivos protésicos y ortopédicos deben estar en la lista de dispositivos aprobados por el Plan y los debe suministrar un proveedor contratado. Usted o su médico pueden comunicarse con su Asegurador para obtener Autorización previa, solicitar el procesamiento de reclamos, encontrar Proveedores de la red y plantear preguntas o inquietudes de otro tipo. Cuando un período de alquiler se extiende más allá del vencimiento de la receta original, el médico debe volver a certificar con otra receta que el equipo sigue siendo razonable y Médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o lesión, o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con una discapacidad. Si no se presenta esta nueva receta, la cobertura del equipo finaliza en la fecha indicada en la receta original que establece por cuánto tiempo se necesita, o 30 días después de la fecha de fallecimiento del Inscrito, lo que ocurra primero.

1. Equipos médicos duraderos y suministros protésicos y ortopédicos dentro de la red

Los DME y los dispositivos protésicos y ortopédicos deben obtenerse de un Proveedor dentro de la red. Puede comunicarse con su Asegurador para identificar Proveedores dentro de la red. Si usa un proveedor de DME fuera de la red, no tendrá cobertura y no se pagarán los beneficios a través del Plan. Los DME y dispositivos protésicos y ortopédicos deben ser Médicamente necesarios y estar cubiertos a través del Plan.

2. Cobertura de equipos médicos duraderos

La cobertura de DME incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Equipos en cumplimiento con los estándares del Plan, que son adecuados para su uso en el hogar y que, por lo general, tienen la aprobación de Medicare Parte B.
- Reparaciones necesarias para restablecer el funcionamiento del equipo para que esté en las mismas condiciones que cuando se adquirió (no incluye el mantenimiento de rutina).
- Equipos que se utilizan en un Hospital o Centro de enfermería especializada (SNF); o equipos que se utilizan fuera de un Hospital o SNF, pero que se adquieren o alquilan allí después del alta.
- Elementos especiales necesarios para adaptar equipos que, de otra manera, estarían cubiertos.

Debe recurrir a un Proveedor de DME dentro de la red para recibir la cobertura correspondiente. Las tiras reactivas y lancetas para personas con diabetes están cubiertas por el beneficio de DME. La insulina está cubierta por el beneficio de medicamentos con receta.

- Equipos que constan en una lista de equipos cubiertos del Asegurador aprobada por el Plan.
- Estimuladores neuromusculares.
- Estimuladores de crecimiento óseo externos electromagnéticos, en determinados casos aprobados.
- Bastones estándar y con puntos de apoyo (comprados).
- Dispositivos de movimiento pasivo continuo (hombro y codo): Estos artículos estarán cubiertos cuando un médico los recete después de una cirugía de hombro o codo, por un período que no debe superar los 21 días en total. El total incluye los días de uso del equipo en el Hospital y en el hogar.
- Toallitas con alcohol, pero solo si se usan junto con suministros aprobados para realizar análisis en personas diabéticas. No estarán cubiertas para ningún otro uso.
- Fototerapia (bililuces): Se cubre en caso de Hijos dependientes menores de un año que tengan un diagnóstico de hiperbilirrubinemia.
- Cascos de protección craneal: Se cubrirá un casco de este tipo para Inscritos con un diagnóstico de plagiocefalia posicional o tortícolis congénita.
- Artículos especiales que son necesarios para adaptar equipos que, de otra manera, estarían cubiertos y serán usados por Hijos dependientes.

3. Cobertura de dispositivos protésicos y ortopédicos

La cobertura de dispositivos protésicos y ortopédicos incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Dispositivos que proporciona un centro dentro de la red y que cumplen con los estándares del Plan (que generalmente incluyen el requisito de ser aprobados para el reembolso en Medicare Parte B), incluso el reemplazo, la reparación, la colocación y los ajustes del dispositivo.
- Zapatos terapéuticos y ortopédicos, plantillas, arcos de soporte y modificaciones en los zapatos cuando estos forman parte de un dispositivo ortopédico cubierto (a menos que Usted cumpla otro criterio definido por el Asegurador, como tener diabetes, y las modificaciones en el zapato no deban ser parte de un dispositivo ortopédico).
- Pelucas y peluquines (cuando se cae el cabello debido a quimioterapia, radioterapia u otros tratamientos contra otra enfermedad).
- Lentes recetados después de una operación de cataratas o una operación para reemplazar lentes perdidos debido a una afección congénita.
- Aparatos o dispositivos que se implantan quirúrgicamente de forma permanente en el cuerpo (excepto los aparatos o dispositivos Experimentales o de Investigación) y se utilizan de forma externa mientras está en el Hospital como parte de un equipo de uso habitual allí o cuando los receta el médico para que lo use fuera del Hospital.

4. Limitaciones y exclusiones de la cobertura de equipos médicos duraderos y dispositivos protésicos y ortopédicos

Se aplican algunas exclusiones a la cobertura de DME y dispositivos protésicos y ortopédicos del Plan, incluidas, entre otras, las siguientes:

- Versiones de lujo de equipos que no son Médicamente necesarios.
- Artículos que no son de índole médica.
- Equipos para médicos (como estetoscopios).
- Equipos para hacer ejercicio.
- Equipos sanitarios (como bidés, asientos de inodoros).
- Equipos que, según se determinó, son Experimentales o de Investigación.
- Pulsioxímetros.
- Suministros para curar heridas.
- Cargos por alquiler que superen el precio de compra del equipo.
- Compras indicadas antes de que comience la cobertura del Inscrito a través del Plan.
- Cargos por alquiler antes de que comience la cobertura del Inscrito a través del Plan.
- Cargos por alquiler después de que finalice la cobertura del Inscrito a través del Plan.
- Audífonos, anteojos y aparatos y suministros flexibles, como medias elásticas, cinturones de liga, soportes para el arco, corsés y zapatos correctivos, a menos que el zapato esté sujeto a un dispositivo ortopédico Médicamente necesario.
- Dispositivos Experimentales o de Investigación.
- Gastos por artículos que no sean aparatos correctivos, dispositivos protésicos y ortopédicos o DME, incluidos, entre otros, purificadores de aire, piscinas, spas, saunas, escaleras mecánicas, medios de transporte motorizados, almohadas, colchones, camas de agua y acondicionadores de aire.
- Gastos por el reemplazo de aparatos correctivos, dispositivos protésicos y ortopédicos o DME perdidos, extraviados o robados, duplicados o personalizados.
- Gastos por suministros no duraderos.

R. COBERTURA DE SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LOS EE. UU.

Con el Plan, se pagarán servicios que se presten fuera de los EE. UU. solo en estas circunstancias:

- Si necesita atención de urgencia o por una emergencia médica.
- Si vive en los EE. UU. y el Hospital situado fuera de los EE. UU. está más cerca de su casa que el Hospital más cercano dentro de los EE. UU. que puede brindarle tratamiento para su afección.

- Si se encuentra en un barco que navega por aguas territoriales cercanas a los EE. UU.
- El Inscrito es ciudadano de Canadá y reside allí en forma permanente. El Plan ofrecerá a los Inscritos canadienses una sola opción de plan, diferente de las opciones y con otros beneficios con respecto a los planes descritos en esta SPD.

S. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Además de las limitaciones establecidas en otras secciones de esta SPD, los siguientes suministros, servicios médicos y otros gastos de atención médica no están cubiertos e incluyen los siguientes:

- Servicios prestados antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura a través del Plan o después de su finalización.
- Servicios que no son Médicamente necesarios.
- Atención, terapia, servicios, tratamiento, suministros, dispositivos y medicamentos que son Experimentales o de Investigación.
- Servicios no solicitados por un proveedor.
- Servicios cubiertos de alguna manera por programas federales o estatales, excepto lo que se describió en esta SPD como pagador secundario del Plan, o cuando la ley federal exija que se le brinde cobertura a través del Plan como Inscrito primario.
- Gastos de cualquier Inscrito por lesiones causadas o sufridas por cometer o intentar cometer un acto ilegal que implique violencia o amenaza de violencia a otra persona, o durante el cual el Inscrito utilice un arma de fuego, explosivo u otra arma que pueda causar lesión o muerte. Si la lesión o la enfermedad es consecuencia de violencia doméstica, o si la comisión o la tentativa de una agresión o un delito grave es el resultado directo de un factor de salud subyacente, la exclusión no se aplicará.
- Servicios prestados de forma remota por teléfono si el servicio no es adecuado para proveerse de esta manera.
- Gastos por preparación de informes o registros médicos, facturas, formularios de reclamación por incapacidad o licencia por enfermedad; gastos de envío por correo, vía marítima o por manipulación; cargos por citas interrumpidas o a las que no se acudió, llamadas telefónicas, cargos por envío de correo electrónico, cargos para volver a obtener medicamentos con receta, formularios de la automotriz/cargos por intereses, cargos por demoras, costos por millas recorridas, cargos de administración del Proveedor, cargos por membresía/contrato de conserjería, o cargos de fotocopias.
- Gastos por servicios prestados a través de un departamento médico, clínica o centro similar proporcionados o mantenidos por un empleador, o si los beneficios se brindan de otro modo conforme a este Plan o cualquier otro plan al que un empleador aporta o patrocina de algún modo.
- Gastos por servicios o suministros que debe pagar un tercero.

- Servicios educativos. Incluso si son necesarios debido a una lesión, enfermedad o discapacidad de un Inscrito, los siguientes gastos no están cubiertos a través del Plan: servicios educativos, suministros o equipos, incluidos, entre otros, computadoras, dispositivos o software de computadora, impresoras, libros, tutores o intérpretes, ayudas visuales, terapia de la vista, ayudas auditivas, dispositivo de asistencia o sintetizadores del habla, programas para ayudar con la percepción auditiva o las habilidades de escucha o aprendizaje, terapia de la vista, dispositivos de asistencia auditiva o auxiliares como tableros de comunicación, sistemas de escucha; dispositivos, programas, servicios para entrenamiento conductual, incluidos programas de intervención intensiva ante cambios de comportamiento o retrasos en el desarrollo o percepción auditiva o habilidades de escucha/aprendizaje, programas o servicios para solucionar o mejorar problemas de concentración, memoria, motivación o autoestima, etc., educación especial y costo asociado junto con educación en lengua de señas para un Inscrito o familiares, y dispositivos de seguimiento e identificación médica implantables. Esta exclusión no se aplica a los servicios aprobados en caso de diabetes, rehabilitación cardíaca, tratamiento de hemodiálisis y hemofilia en el hogar o servicios educativos para dejar de fumar.
- Gastos que superan cualquier beneficio del Plan, incluidos, entre otros, los beneficios máximos anuales y de por vida del Plan.
- Cualquier proporción de los gastos por servicios o suministros médicos cubiertos que se determine que supera el Monto permitido.
- Gastos que se pagan conforme a cualquier contrato de atención de salud según la coordinación de la provisión de beneficios de este Plan.
- Servicios no relacionados con enfermedades o lesiones específicas con diagnóstico. Gastos por análisis prematrimoniales, preocupacionales, o por exámenes físicos de rutina o periódicos no relacionados con la existencia de una afección, enfermedad o lesión específica con diagnóstico anterior, excepto según lo dispuesto específicamente en el Plan.
- Lesión o enfermedad relacionadas con el servicio militar. Si un Inscrito en este Plan recibe servicios en un Hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. u otro centro médico militar por una enfermedad o lesión relacionadas con el servicio militar, el Plan no pagará los beneficios.
- Modificaciones de viviendas o vehículos. Gastos por construcción o modificación de una casa, residencia o vehículo que se requieran como resultado de una lesión, enfermedad o discapacidad de un Inscrito, que incluye, entre otros, la construcción o modificación de rampas, ascensores, elevador de silla de ruedas, piscinas, spas, aire acondicionado, eliminación de asbestos, filtros de aire, pasamanos, sistema de alertas de emergencia, etc., excepto según lo dispuesto específicamente en el Plan.
- Servicios sin costo. Gastos por servicios prestados o suministros proporcionados por los cuales un Inscrito no está obligado a pagar, o que se obtienen sin costo, o por los cuales no habría ningún cargo si la persona que recibe el tratamiento no estuviera cubierta a través de este Plan.

- Gastos que el Asegurador determina que no son razonables.
- Viajes y gastos relacionados. Gastos por viajes o transporte (incluido el alojamiento y gastos relacionados) de un Proveedor, Inscrito o familiar de un Inscrito, a menos que esos gastos estén cubiertos por los servicios de ambulancia del Plan.
- Artículos para la comodidad personal. Gastos para la comodidad del Inscrito, como el cuidado de los familiares mientras el Inscrito esté internado en un Hospital u otro centro de atención médica o en una cama en su casa; comidas para invitados; televisión, DVD/disco compacto (CD) y otros gastos similares; dispositivos; teléfono; servicios de peluquería o estética; limpieza o mantenimiento de la casa; compras; anuncios de nacimiento; fotografías de recién nacidos; etc.
- Incumplimiento del tratamiento médicamente adecuado. Gastos del Inscrito como resultado del incumplimiento de un tratamiento médicamente adecuado, según lo determine el Asegurador.
- Gastos del Inscrito durante un viaje si un médico u otro Proveedor ha desaconsejado específicamente dicho viaje debido a la afección de salud del Inscrito.
- Llamadas telefónicas. Gastos por cualquier llamada telefónica que no cumpla con los criterios del Plan de servicios que se pagan por separado. Estos son algunos ejemplos que incluyen, entre otras, las llamadas no cubiertas:
 - Llamada a un representante del Plan.
 - Llamadas entre dos o más Proveedores (no incluye al Inscrito) con el fin de coordinar la atención.
 - Llamadas entre un Proveedor y la familia del Inscrito que no abordan la afección o el plan de atención del Inscrito.
 - Llamadas únicamente para anotar los resultados de las pruebas de diagnóstico (sin asesoramiento médico).
 - Llamadas únicamente para describir una medida tomada por el Proveedor, como enviar una Autorización previa o una remisión, sin asesoramiento médico adicional.
- Gastos por servicios de enfermeras privadas. Se refiere al servicio de atención de enfermería que es contratada de forma privada por, o en nombre de, un Inscrito y que lo presta una enfermera, o agencia, independiente de este Plan.
- Gastos de capacitación laboral o rehabilitación vocacional.
- Gastos por membresías o visitas a clubes de salud, programas de ejercicio, gimnasios o cualquier otro centro con programas de acondicionamiento físico, incluidos equipos para hacer ejercicios.

VII. PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA PARA MIEMBROS SIN MEDICARE

Esta sección explica su cobertura de medicamentos con receta cuando no reúne los requisitos para la cobertura de medicamentos de Medicare conforme al Plan.

Para comprender la totalidad de sus beneficios, es importante que también consulte la Lista de beneficios, el Resumen de beneficios de atención médica y la Carta con los aspectos destacados de los beneficios.

1. Gastos cubiertos de medicamentos con receta

Usted cuenta con cobertura de medicamentos con receta. Los medicamentos con receta cubiertos incluyen la insulina y los medicamentos aprobados por la FDA y que deben tener una etiqueta que indique que la ley federal prohíbe su distribución sin receta. Se incluyen los medicamentos denominados como productos biológicos y medicamentos biosimilares que se obtienen de un modo un poco diferente de los medicamentos con receta tradicionales.

2. Cómo funciona la cobertura de medicamentos con receta

Su cobertura de medicamentos con receta incluye tanto las farmacias minoristas y como las de venta por correo, y es administrada por un administrador de beneficios de farmacia (PBM). Se proporcionan beneficios para el pago del cargo de medicamentos con receta menos el Copago correspondiente cada vez que obtiene o vuelve a obtener una receta.

3. Copagos de los medicamentos con receta

Cuando obtiene un medicamento con receta, por lo general, abona un Copago. Si el costo del medicamento es menor que el Copago, Usted solo se hace cargo del costo del medicamento. El monto del Copago del medicamento con receta cada vez que obtiene o vuelve a obtener una receta, por lo general, se basa en si es genérico o de marca, en el nivel del medicamento y la forma en que se distribuye. En el Plan, se establecen estos Copagos cada año y se publican en la Carta con los aspectos destacados de los beneficios.

Para gastar menos dinero, pídale al médico, siempre que sea posible, que le recete un medicamento genérico.

4. Medicamentos genéricos y de marca

Los medicamentos con receta se distribuyen con dos nombres: el nombre genérico y el nombre de la marca. Un medicamento genérico es el equivalente químico a un medicamento de marca cuya patente ha vencido. Por ley, tanto los medicamentos genéricos como los de marca deben cumplir con los mismos estándares de seguridad, pureza y eficacia. Los medicamentos genéricos y de marca, a la vez, se dividen en el Plan en genéricos, de marca preferidos y de marca no preferidos.

Cuando recibe un medicamento de marca, en especial uno no preferido, en general, Usted paga más. Su médico o farmacéutico pueden ayudarlo encontrar un medicamento genérico de reemplazo cuando corresponda. Los medicamentos genéricos tienen, por lo general, un Copago más bajo que los medicamentos de marca.

Le recomendamos, siempre que sea posible y adecuado, que le pida a su Proveedor que le recete medicamentos genéricos, los cuales tendrán un menor costo para Usted.

Si su médico no indicó en la receta “entregar como se indica” o DAW, automáticamente se le entregará un medicamento genérico (cuando esté disponible). Si aun así solicita el medicamento de marca y este se aprueba, pagará un Copago más alto.

Los productos biológicos y los medicamentos biosimilares se manejan de una manera parecida a la de los medicamentos genéricos y de marca. Los productos biológicos son una clase especial de medicamentos que se obtienen a partir de organismos vivos para producir el principio activo. Los medicamentos biosimilares son la versión genérica de los productos biológicos. Es posible que los medicamentos biosimilares no puedan sustituirse automáticamente cuando obtiene un producto biológico recetado, así que debe hablar con su médico sobre la disponibilidad de un medicamento biosimilar más económico.

5. Lista de medicamentos de mantenimiento

Los medicamentos con receta de mantenimiento son aquellos que se toman de forma continua (tres meses o más), como los que se utilizan para tratar la presión arterial alta o el colesterol alto. En el Plan, se ha definido una lista de medicamentos de mantenimiento que solo están cubiertos para los miembros sin Medicare, y cuando se obtienen a través de un pedido por correo después de una distribución inicial limitada. Esta lista está sujeta a cambios periódicos.

Los medicamentos con receta que figuran en la Lista de medicamentos de mantenimiento (MDL) y se obtienen en una farmacia minorista participante estarán limitados a un suministro de 30 días. A través del Plan, se cubrirán solo las primeras tres veces que obtenga medicamentos con receta en su farmacia minorista (la primera vez y en dos ocasiones más). Si opta por continuar obteniendo el medicamento con receta de la MDL en una farmacia minorista participante, es posible que se le cobre el 100 % del costo del medicamento. Si opta por obtener el medicamento con receta de la MDL en una farmacia minorista no participante, es posible que se le cobre el 100 % del costo del medicamento.

Con el Plan, se cubrirán suministros de 90 días de los medicamentos que le receten y que estén incluidos en la Lista de medicamentos de mantenimiento a través de las farmacias que se especifican en el Plan. La cuarta vez que obtenga el medicamento con receta incluido en la MDL, deberá hacerlo en una farmacia de venta por correo a través del administrador de beneficios de farmacia (PBM), o pagará el costo total del medicamento en la farmacia minorista. Si comienza a tomar un medicamento con receta incluido en la MDL, se le informará acerca del uso de la farmacia de venta por correo a través del PBM.

Algunos de los medicamentos que más se recetan de la MDL son indicados para el tratamiento de las siguientes afecciones:

- presión arterial alta,
- colesterol alto,
- diabetes,
- problemas de tiroides.

Pueden aplicarse reglas especiales si reside en un centro de vida asistida o de atención a largo plazo. Comuníquese con el PBM, cuyo número se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de beneficios de farmacia, si tiene alguna pregunta sobre la MDL.

6. Farmacia minorista

En caso de que necesite un medicamento con receta a corto plazo, puede recibir un suministro de hasta 30 días de sus medicamentos cubiertos por un Copago minorista en una Farmacia minorista participante. La mejor opción es recurrir a una farmacia minorista si necesita un medicamento con receta a corto plazo. Por ejemplo, si necesita un antibiótico para tratar una infección, puede acudir a una de las tantas farmacias que participan en la red. La farmacia minorista también es adecuada en eventualidades en las que el médico no ha determinado cuáles son los medicamentos, las concentraciones ni las dosis correctas que se necesitan para satisfacer sus necesidades continuas.

a. Farmacias minoristas participantes

El Plan celebra contratos con el PBM para ofrecer una red nacional de farmacias minoristas participantes. Cuando adquiera medicamentos con receta cubiertos en una Farmacia minorista participante, simplemente presente la receta y su tarjeta de identificación en la farmacia y abone el Copago minorista. No debe presentar otros reclamos en papel al PBM cuando utiliza una Farmacia minorista participante.

Para averiguar si una farmacia participa en la red, llame al PBM al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación de beneficios de farmacia.

b. Farmacias minoristas no participantes

Cuando adquiere medicamentos con receta cubiertos en una Farmacia minorista no participante, debe pagar el precio total (el 100 %) del medicamento con receta en la farmacia y obtener un recibo que luego podrá enviar al PBM para solicitar el reembolso. Usted deberá pagar la diferencia del costo entre el monto cobrado y el Monto permitido, después de deducir el Copago minorista (en otras palabras, el PBM le reembolsará el Monto permitido menos el Copago minorista).

Los formularios para enviar los reclamos de medicamentos con receta adquiridos en una Farmacia minorista no participante están disponibles a través del PBM y deben enviarse en el plazo de un año a partir de la fecha de adquisición del medicamento para que se cumplan los requisitos de cobertura.

7. Farmacia de venta por correo

Las farmacias de venta por correo le permiten comprar un suministro para hasta 90 días de sus medicamentos con receta de mantenimiento. Todos los medicamentos con receta de venta por correo se envían por correo directamente a su hogar.

Para comenzar a utilizar el servicio de venta por correo, complete el formulario de pedido de medicamentos con receta del PBM y envíeselo por correo junto con la receta original del médico. Recibirá su primer medicamento con receta alrededor de dos semanas después de

que el PBM reciba su receta. Si necesita un medicamento de inmediato, asegúrese de que su médico le entregue dos recetas: una receta para un suministro de 30 días que usará en una farmacia minorista participante y una segunda receta para un suministro de 90 días que enviará a la farmacia de venta por correo. Comuníquese con el PBM para coordinar cómo obtener un segundo suministro de 90 días a través de la farmacia de venta por correo del PBM. Para volver a surtir un medicamento con receta, puede pedirlo usando el sitio web del PBM, llamando al PBM, utilizando la aplicación móvil del PBM o enviando por correo el comprobante de pedido.

Para encontrar la información de contacto de su farmacia de venta por correo, consulte la sección información de contacto al final de esta SPD.

8. Farmacia de especialidad

Es posible que le receten un medicamento de especialidad. Los medicamentos de especialidad son productos que se inyectan, infunden, inhalan o administran por vía oral y tienen requisitos específicos en cuanto a su dosis o administración. Muchos de ellos no están disponibles en farmacias minoristas, sino que deben obtenerse en una farmacia de especialidad designada. En la mayoría de las situaciones, después de que Usted abone el Copago requerido, la farmacia especializada enviará el medicamento de especialidad y cualquier suministro que sea necesario para administrarlo directamente en su hogar. Por lo general, los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro de 30 días.

9. Administración de la calidad y la utilización

Para promover una atención adecuada en términos de seguridad y clínicos y, a la vez, controlar los costos, es posible que la cobertura de medicamentos con receta tenga restricciones de cantidad, o requiera una Autorización previa o terapia escalonada.

a. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, la cantidad que cubre el Plan es limitada. El Plan puede limitar la cantidad del medicamento que Usted reciba cada vez que surte su receta. Estos límites se basan en los estándares nacionales y las pautas de seguridad actuales de las publicaciones médicas. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a un máximo de una pastilla por día.

b. Límites de duración de la dosis

Para determinados medicamentos, es posible que el Plan cubra solo una dosis específica del medicamento en un período de tiempo específico.

c. Optimización de la dosis y consolidación de comprimidos

A veces, el PBM notificará a su Proveedor si existe la oportunidad de reducir la cantidad de unidades de dosificación entregadas, sin dejar de satisfacer la totalidad de sus necesidades terapéuticas. Por ejemplo, “consolidación de comprimidos” significa que Usted toma un comprimido de mayor concentración al día en lugar de dos comprimidos de menor concentración al día (es decir, la misma dosis diaria total).

d. Autorización previa

De conformidad con el Plan, se requiere que uno de sus farmacéuticos haga una revisión para determinar si ciertos medicamentos cumplen con los requisitos de la cobertura del Plan. Esto se denomina Autorización previa y puede utilizarse para confirmar el diagnóstico para el cual se receta el medicamento. Si su Proveedor le receta un medicamento que requiere una Autorización previa, el PBM se comunicará con él para completar la revisión correspondiente. Si su Proveedor receta un medicamento para un Uso no indicado en la etiqueta, por lo general, el Plan no lo cubrirá.

e. Terapia escalonada

En algunos casos, primero debe probar determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que el Plan cubra otro medicamento para esa misma afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su afección médica, es posible que el Plan no cubra el medicamento B, a menos que pruebe el medicamento A primero.

10. Cobertura de medicamentos con receta

Los siguientes medicamentos con receta, por lo general, están cubiertos, sujetos a las otras limitaciones incluidas en esta SPD:

- Medicamentos con leyenda federal: cualquier sustancia de uso medicinal que la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos requiera que tenga una etiqueta que indique que la ley federal prohíbe su distribución sin receta.
- Medicamentos compuestos: algunos medicamentos compuestos están cubiertos a través de su Plan. Comuníquese con el PBM para determinar si un medicamento compuesto en particular está cubierto.
- Insulina, incluidas jeringas y agujas que se entregan con la insulina autoadministrada.
- Vacunas e inoculaciones o inyecciones preventivas, según lo determine el Plan como adecuado. Algunas también pueden tener cobertura conforme al beneficio médico cuando se aplican en un consultorio. Ciertas inyecciones pueden tener la cobertura del beneficio médico o de medicamentos y, por lo tanto, pueden tener diferentes costos compartidos.

11. Exclusiones de los medicamentos con receta

Los servicios de medicamentos con receta, suministros y medicamentos no cubiertos en el Plan incluyen los siguientes:

- Medicamentos no aprobados por la FDA, incluido el Uso no indicado en la etiqueta (excepto los medicamentos con receta para el tratamiento Médico necesario de la disforia de género que estén cubiertos. Es posible que se permitan ciertas otras excepciones si el uso del medicamento está respaldado por los principales compendios sobre medicamentos o publicaciones médicas autorizadas).
- Medicamentos de venta libre disponibles sin receta (excepción: la insulina está cubierta).
- Medicamentos que requieren receta según la ley estatal, pero no según la ley federal.

- Medicamentos con la etiqueta “Precaución: limitado para uso de investigación por ley federal”.
- Los medicamentos que se utilizan con fines estéticos, incluso si contienen un medicamento con la leyenda federal, es decir, medicamentos que requieren una receta (tenga en cuenta que el tratamiento de la disforia de género no debe considerarse un fin estético).
- Dispositivos o aparatos médicos; consulte los beneficios de su plan médico.
- Cargos para volver a surtir más medicamentos con receta de los que su médico especifica o para volver a surtir un medicamento con receta después de que haya pasado un año de la fecha original de la receta.
- Medicamentos que no figuran en el Formulario del Plan.
- Suministros para personas diabéticas cubiertos por el Programa de Equipos Médicos Duraderos (DME) del Asegurador (p. ej., medidor de glucosa en sangre para el hogar, tiras reactivas).
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Alimentos y suplementos nutricionales que incluyen, entre otros, comidas caseras, leche en polvo, alimentos, dietas, vitaminas, plantas medicinales y minerales, que se puedan comprar con o sin receta (con excepción de, por ejemplo, alimentos y suplementos nutricionales proporcionados durante una internación cubierta y a través de vía intravenosa en el hogar, vitaminas prenatales y vitaminas o minerales que requieren receta médica y se usan para el tratamiento o la prevención de una afección de salud documentada).
- Sustancias y servicios homeopáticos, naprapáticos o naturopáticos.
- Medicamentos para mejorar el rendimiento deportivo, como los esteroides anabólicos.
- Productos para los dientes, como preparaciones de fluoruro.
- Productos cosméticos para el tratamiento de la piel (con excepción de Retin-A y Accutane, que se pagan hasta los 26 años cuando son Medicamento necesarios).
- Productos para el control de peso o anorexígenos (p. ej., Meridia, Xenical).
- El cargo de un medicamento que el Inscrito tiene derecho a recibir como beneficio sin cargo a través de programas municipales, estatales o federales.
- Medicamentos compuestos: algunos medicamentos compuestos están cubiertos a través de su Plan. Comuníquese con el PBM para determinar si un medicamento compuesto en particular está cubierto.
- Productos o medicamentos para el hogar proporcionados por un Hospital, sala de emergencias, establecimiento o centro quirúrgico ambulatorio, consultorio del Proveedor u otro centro de atención de salud.

VIII. BENEFICIOS ADICIONALES PARA TODOS LOS MIEMBROS

A. COBERTURA DENTAL

Los beneficios del Plan dental se resumen en esta SPD y en la Lista de beneficios, el Resumen de beneficios de atención de salud, o en la Carta con los aspectos destacados de los beneficios que se envía una vez por año. Es importante que consulte todos estos documentos al evaluar la cobertura de beneficios.

La cobertura que se ofrece en el Plan dental tiene proveedores dentro de la red en dos niveles (dentistas de PPO –los de costo compartido más bajo– y dentistas de la red Premier) y también Proveedores fuera de la red. Si visita a un dentista de PPO, tendrá el costo compartido más bajo. Si elige un dentista de la red Premier o un Proveedor fuera de la red, tendrá un costo compartido más alto. En la Lista de beneficios adjunta, se incluye un resumen de los beneficios y los costos compartidos correspondientes.

1. Beneficios dentales cubiertos

Una buena cobertura dental es importante para mantener su salud general. Con el Plan, se cubren, entre otros, los siguientes servicios dentales:

- exámenes dentales;
- limpiezas dentales, de rutina o periodontales, dos veces al año;
- servicios dentales de emergencia;
- radiografías;
- empastes metálicos o que no son blancos;
- extracciones;
- servicios de ortodoncia si el tratamiento se inicia antes de los 19 años.

2. Limitaciones y exclusiones de la cobertura dental

Se aplican ciertas limitaciones y exclusiones a la cobertura dental del Plan, que está sujeta a ciertos montos máximos anuales y de por vida que mantiene el Asegurador de servicios dentales. Debe comunicarse con el Asegurador de servicios dentales para que le entregue una lista completa de estas exclusiones y limitaciones. Además de las otras exclusiones del Plan, la cobertura dental está sujeta a las siguientes exclusiones:

- Gastos por servicios dentales o prótesis dentales o insumos de cualquier tipo, incluso si son necesarios por síntomas, anomalía congénita, enfermedad o lesión que afectan la boca u otra parte del cuerpo.
- Gastos para el diagnóstico, el tratamiento o la prevención de problemas en la articulación de la mandíbula, o de servicios ortognáticos o cirugía para el tratamiento de estos problemas, incluidas las dificultades masticatorias relacionadas, prognatismo, retrognatismo y disfunción o síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).

- Gastos por cirugía oral para extraer muelas, incluidas las de juicio, gingivectomías, tratamiento de abscesos y tratamiento de conducto radicular (endodoncia).

B. COBERTURA DE LA VISTA

Los beneficios del Plan de la vista se resumen en esta SPD y en la Lista de beneficios, el Resumen de beneficios de atención de salud, o en la Carta con los aspectos destacados de los beneficios que se envía una vez por año. Es importante que consulte todos estos documentos al evaluar la cobertura de beneficios.

La cobertura que se ofrece a través del Plan de la vista incluye Proveedores dentro de la red (generalmente con un costo compartido más bajo) y también Proveedores fuera de la red (generalmente con un costo compartido más alto). En la Lista de beneficios adjunta, se incluye un resumen de los beneficios y los costos compartidos correspondientes para los Proveedores de la red.

1. Beneficios cubiertos de atención de la vista

Con el Plan, se cubren, entre otros, los siguientes servicios y dispositivos para la vista:

- examen anual de la vista de rutina;
- lentes estándar;
- marcos estándar;
- evaluación y colocación de lentes de contacto y atención de seguimiento.

2. Limitaciones y exclusiones de la cobertura de la vista

Se aplican ciertas limitaciones y exclusiones a la cobertura de la vista del Plan. Está sujeta a ciertos montos máximos anuales y de por vida, así como a límites en el tipo o estilo de lentes y marcos provistos. A través del Plan, se establece un límite en dólares para cada uno de los servicios cubiertos en el beneficio de la vista. Los gastos que superen ese límite en dólares o la asignación son responsabilidad del Inscrito. Debe comunicarse con el Asegurador de servicios de la vista para obtener una lista completa de estas exclusiones y limitaciones. Además de otras exclusiones del Plan, la cobertura de la vista no incluye la terapia de la vista (ortóptica) ni los suministros.

C. COBERTURA DE LA AUDICIÓN

Los beneficios del Plan de la audición se resumen en esta SPD y en la Lista de beneficios, el Resumen de beneficios de atención de salud, o en la Carta con los aspectos destacados de los beneficios que se envía una vez por año. Es importante que consulte todos estos documentos al evaluar la cobertura de beneficios.

Para obtener cobertura a través del Plan de la audición, debe recibir servicios de Proveedores dentro de la red.

1. Cobertura de la audición

A través del Plan de la audición y sujeto a determinadas limitaciones, se cubren las evaluaciones de la audición y los audífonos con el fin de tratar la disminución de la capacidad auditiva. Los audífonos deben estar incluidos en una lista aprobada por el Plan. Para que le realicen una evaluación de la audición y recibir audífonos, debe comunicarse con el Asegurador de los servicios de audición. Para hacerlo, utilice la información de contacto que figura en el dorso de esta SPD. El Asegurador de los servicios de audición lo guiará para que elija un Proveedor adecuado y lo ayudará para garantizar que obtenga todas las aprobaciones necesarias y que reciba los audífonos. Los costos de desembolso variarán según el audífono específico elegido: cuanto más sofisticado sea, mayor será el monto que Usted deberá pagar.

2. Limitaciones y exclusiones de la cobertura de la audición

Se aplican ciertas limitaciones y exclusiones a la cobertura de la audición del Plan. Debe ponerse en contacto con el Asegurador de los servicios de audición para que le entregue una lista completa de estas exclusiones y limitaciones. Además de otras exclusiones del Plan, la cobertura de audición está sujeta a las siguientes exclusiones:

- Gastos por y relacionados con la compra, servicio, ajuste o reparación de audífonos, incluidos aquellos dispositivos intraauriculares (excepto los implantes cocleares Médicamente necesarios que están cubiertos).
- Educación especial y costos asociados, junto con educación en lengua de señas para un Inscrito o familiares.

En la Lista de beneficios adjunta, se incluye un resumen de los costos de desembolso asociados con el plan de la audición.

D. COBERTURA DE BENEFICIOS DE ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE

Este beneficio no está disponible para los Inscritos en el plan Humana Commercial o en planes HMO para miembros sin Medicare.

Este beneficio se ofrece a través del Plan y proporciona una asignación anual que puede utilizarse para comprar medicamentos de venta libre y artículos de venta sin receta que cumplan con los requisitos.

Los beneficios de la cobertura de artículos de venta libre se resumen en esta SPD, la Lista de beneficios, el Resumen de beneficios de atención de salud, o en la Carta con los aspectos destacados de los beneficios que se envía una vez por año. Es importante que consulte todos estos documentos al evaluar la cobertura de beneficios.

Si está inscrito en más de un plan del Fideicomiso conforme a los cuales cumple con los requisitos para recibir una asignación de beneficios de artículos de venta libre, solo recibirá una asignación anual conforme al beneficio de artículos de venta libre del Plan. Si la asignación anual de los dos planes en los que está inscrito es diferente, cumplirá los requisitos para recibir la más alta.

El Plan cubrirá los beneficios de artículos de venta libre que se establecen en el catálogo que proporciona el Asegurador.

IX. REGLAS DEL PLAN PARA MIEMBROS SIN MEDICARE

NOTA: Si tiene un reclamo o una apelación sobre un plan HMO para miembros sin Medicare, debe consultar el cuadernillo del Asegurador para conocer los procedimientos adecuados a fin de resolver los reclamos y las apelaciones, o la coordinación de beneficios. Debe obtener los servicios conforme a los términos de su HMO para que estén cubiertos.

A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando Usted o sus Dependientes tienen cobertura en más de un plan, puede haber una duplicación de cobertura, es decir, tiene dos planes mediante los cuales se pagan beneficios para los mismos gastos. Por ejemplo, Usted puede contar con la cobertura del Plan y con la cobertura del empleador actual de su Cónyuge. Cuando esto sucede, a través del Plan se coordinan los beneficios de los dos (o más) planes que les brindan cobertura a Usted y a sus Dependientes. La coordinación de beneficios les garantiza a Usted y a su Proveedor que no se pague dos veces por el mismo beneficio.

Con las reglas de coordinación de beneficios (COB), se determina quién pagará los reclamos de atención de salud como pagador primario cuando Usted o un Dependiente tienen cobertura de más de un plan. Los reclamos se procesan primero a través del plan primario. Una vez que se haya efectuado el pago a través del plan primario, se revisa el saldo restante con el plan secundario para ver si hay beneficios adicionales pagaderos. Todos los cargos cubiertos con el Plan están sujetos a las reglas de la COB.

A través del Plan, se puede pagar un saldo secundario de los servicios cubiertos hasta el monto que se hubiera pagado con el Plan si este fuera la única cobertura. Si con el Plan no se cubrirá el servicio cuando el Plan es el único pagador, tampoco cuando es pagador secundario.

Si Usted o sus Dependientes están inscritos en dos Planes patrocinados por el Fideicomiso, no se coordinarán los dos planes. Solo recibirá los beneficios de un Plan del Fideicomiso. Por ejemplo, Mary es viuda de John, que trabajó en GM y Chrysler y, luego, se jubiló. Si Mary es ingresada en el hospital, igualmente tendrá que pagar un Coseguro después del Deducible. Con el Plan patrocinado por el Fideicomiso para los jubilados de GM, no se cubre la parte que no paga el Plan patrocinado por el Fideicomiso para los jubilados de Chrysler.

1. Orden del pago de beneficios

Cuando se revisa un reclamo de reembolso de atención de salud, los cargos cubiertos se coordinan de la siguiente manera:

- A través del plan de salud primario, primero se pagan los beneficios, sin tener en cuenta ningún otro plan de salud.

A través del Plan, se coordinarán sus beneficios con otros planes. Usted no obtendrá el mismo beneficio dos veces ni tampoco se le pagará dos veces a su Proveedor porque Usted tiene dos planes (aunque los ambos sean del Fideicomiso).

- Cuando el Plan es el plan secundario, los cargos cubiertos se procesan de modo que el total de los beneficios pagos no supere el Monto permitido del Plan. Cuando el Plan es el plan secundario, no aplicarán los requisitos de Autorización previa u otros requisitos (por ejemplo, el de obtener una segunda opinión o servicios de un Proveedor participante o dentro de la red) que generalmente se requieren para que se cubra el artículo o servicio a través del Plan cuando es el plan primario.
- Si no sigue los procedimientos del plan primario y se le niega la cobertura de un servicio por ese motivo, no se efectuará ningún pago en relación con ese reclamo a través del Plan como plan secundario ni primario.
- Si en el plan primario se niega la cobertura porque no es un beneficio cubierto, se puede aceptar el pago a través del Plan como plan secundario si es un beneficio que sí está cubierto a través del Plan.

Si Usted tiene cobertura del Plan y de Medicaid, el Plan será el pagador primario y Medicaid el secundario.

Comuníquese con su Asegurador si tiene preguntas sobre qué plan es el primario y de qué manera el cumplimiento de requisitos de Medicare afecta el pago.

EJEMPLO: DOS PLANES DE SALUD



George:
jubilado del Fideicomiso, sin
Medicare (titular de la póliza)



Mary:
jubilada de ABC, sin Medicare
(titular de la póliza)

George y Mary están casados y figuran como cónyuges dependientes en la cobertura del otro.



George presenta un reclamo



Con el Plan del Fideicomiso se pagará primero.



El plan de ABC Co. pagará en último lugar.



Mary presenta un reclamo



Con el plan de ABC Co. se pagará primero.



El Plan del Fideicomiso pagará en último lugar.



George:
jubilado del Fideicomiso
(titular de la póliza)



Mary:
empleada activa en ABC Co.

George y Mary están casados y figuran como cónyuges dependientes en la cobertura del otro.



George presenta un reclamo



Con el Plan del Fideicomiso se pagará primero.



El plan de ABC Co. pagará en último lugar.



Mary presenta un reclamo



Con el plan de ABC Co. se pagará primero.



El Plan del Fideicomiso pagará en último lugar.

Este es un ejemplo de cómo funciona el cálculo de la COB cuando hay dos planes de salud implicados:

- Mary es cónyuge de George, un jubilado del UAW. Mary es jubilada, pero no tiene Medicare. Tiene su propia cobertura médica a través de ABC Co. y también figura como Cónyuge dependiente en el plan de George a través del Fideicomiso.
- Cuando Mary recibe servicios, su plan de salud de jubilada (ABC Co.) es el plan primario y el Plan del Fideicomiso de George es el secundario.

Los montos permitidos y los deducibles se incluyen con fines ilustrativos solamente. Nota: Cada plan de salud tiene su propio listado de pagos. Por lo tanto, los montos permitidos pueden variar según el plan de salud.

En otro ejemplo, Mary recibe un servicio que se cubriría tanto con ABC Co como con el Fideicomiso. Si Mary tuviera solo el plan de ABC Co, sería responsable del pago de \$880, pero como tiene el plan del Fideicomiso que funciona como plan secundario, pagará \$640 por ese servicio.

ESTOS SON LOS CÁLCULOS PARA EL PAGO DE MARY:

En primer lugar, aquí se indica lo que se pagaría con el plan de Mary, ABC Co, si este fuera su única cobertura:

Monto permitido en el plan de Mary, ABC Health	\$2800
Menos el Deducible requerido por el plan de Mary, ABC Health (que paga Mary)	-400
Saldo	2400
Menos el 20 % de Coseguro de ABC Health (que paga Mary)	-480
Pago realizado con el plan de Mary, ABC Health	-1920
Obligación de Mary	\$880

En segundo lugar, a través del plan del Fideicomiso de George, el marido de Mary, se cubrirá parte del costo restante porque ella está inscrita como Cónyuge dependiente en la cobertura de George. Cuando el Fideicomiso sea el pagador secundario, igualmente se verificará que se cumplan el Deducible y el Coseguro que correspondan.

El cálculo empieza con el Monto permitido del Plan más bajo.

Monto permitido en el plan de Mary, ABC Health	\$2800
Menos el Deducible requerido en el Plan del Fideicomiso de George	-400
Saldo	2400
Menos el 10 % de Coseguro del Fideicomiso dentro de la red	-240
Saldo	2160
Menos el monto pagado a través del plan de Mary, ABC Health	-1920
Monto del pago secundario del Fideicomiso	-240
Pago total de Mary (monto impago restante)	\$640

2. Coordinación con otras pólizas de seguro

A través del Plan, se coordinará la cobertura con otras pólizas de seguro, incluido el seguro de grupo o individual de automóviles, el seguro de propietario o de establecimientos, la protección ante lesiones personales, el seguro de indemnización por accidentes de trabajo o la cobertura sin atribución de culpabilidad, incluso los pagos médicos. Las demás pólizas de seguro serán primarias. Con el Plan, no se pagará un Monto superior al Monto permitido del Plan. Los Deducibles y los Copagos se incluirán en el cálculo de la coordinación de los beneficios.

3. Obligaciones relacionadas con la coordinación de beneficios del Inscrito

Los Inscritos deben entregar al Asegurador toda la información necesaria con el fin de administrar estas reglas de coordinación de beneficios (COB). Los Inscritos primarios deben dar al plan los números de Seguro Social y el número de identificación de beneficiario de Medicare, si corresponde, de todos los Dependientes. Si al Dependiente no se le ha asignado un número de Seguro Social al momento de la inscripción, se debe obtener uno de inmediato e informarlo al Plan. Si no se entrega oportunamente esta información al Plan, la cobertura del Dependiente puede ser cancelada.

4. Entrega de información

El Plan o el Asegurador pueden entregar información a otras entidades, que sea necesaria para administrar reclamos conforme a estas reglas de la COB. También pueden obtener la información necesaria para determinar la prioridad conforme a estas reglas de la COB sin el consentimiento de ninguna persona o Inscrito. Si no entrega a tiempo la información que solicita el Plan o el Asegurador, hasta que lo haga, es posible que se niegue el pago de los beneficios en su nombre a través del Plan.

El Plan o el Asegurador pueden participar en organizaciones establecidas para ayudar a procesar el trabajo en la COB y pueden intercambiar información relacionada con los Inscritos para esos fines. A través del Plan, se requiere que dichas organizaciones acuerden no entregar ningún tipo de información que se haya obtenido, excepto para ayudar a que el proceso de la COB funcione.

5. Derecho a pedir reintegro

Si, a través del Plan, se paga más de lo que se debería haber pagado según estas reglas de la COB, es posible que se pida el reintegro del pago excedente a la persona o entidad que lo recibió, incluidas compañías de seguros, otros planes u otras personas y organizaciones. A través del Plan, se puede pedir el reintegro de un valor razonable en efectivo por cualquier beneficio adicional que se haya prestado en forma de servicios.

X. RECLAMOS Y APELACIONES

A. PROCESO DE RECLAMOS Y APELACIONES PARA PLANES HMO PARA MIEMBROS SIN MEDICARE, HMO DE MEDICARE ADVANTAGE, PLANES DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE ADVANTAGE (HMO O PPO) Y PLANES DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE

Los reclamos y las apelaciones conforme a los planes HMO para miembros sin Medicare, HMO de Medicare Advantage (MA HMO), planes de medicamentos con receta Medicare Advantage (MA-PD) HMO o PPO y los planes de medicamentos con receta de Medicare serán resueltos por el Asegurador correspondiente. Los reclamos y las apelaciones para el plan HMO para miembros sin Medicare se resuelven de acuerdo con los procedimientos razonables del Asegurador, según lo exige la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA). Los reclamos y las apelaciones para los planes MA HMO, MA-PD (HMO o PPO) y el plan de medicamentos con receta de Medicare se resuelven mediante los procedimientos razonables del Asegurador, según lo exige la ERISA, y que siguen la guía emitida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Al tomar decisiones sobre reclamos de beneficios, incluida la revisión de apelaciones de rechazo de reclamos, el Asegurador tiene plena autoridad para interpretar y aplicar, a su discreción, los términos del Plan, incluidos aquellos ambiguos. La decisión del Asegurador es definitiva y vinculante. El proceso de apelaciones voluntarias descrito en otra sección de esta SPD no se incluye en los planes que se describen en esta sección X(A). Los procedimientos de reclamos y apelaciones para estos planes se resumen en la Evidencia de cobertura o en el Certificado de cobertura que proporciona el Asegurador.

B. PROCESO DE RECLAMOS PARA PLANES ECP, TCN, HUMANA COMMERCIAL, DENTAL, DE LA VISTA, DE LA AUDICIÓN Y DE MEDICAMENTOS CON RECETA PARA MIEMBROS SIN MEDICARE

En esta sección, se cubre el proceso de reclamos para los planes ECP, TCN, Humana Commercial, dental, de la vista, de la audición y de medicamentos con receta para miembros sin Medicare. Los reclamos por estos planes también son resueltos por el Asegurador correspondiente, de acuerdo con los procedimientos razonables de este, según lo exige la ERISA.

En esta sección, utilizaremos a George como ejemplo. George está inscrito en el Plan ECP, tiene presión arterial alta y colesterol alto. Lynn es la Cónyuge de George y también está inscrita en este Plan como Cónyuge.

1. ¿Qué es un reclamo?

Un reclamo es una solicitud para que se cubra un beneficio o servicio a través del Plan. Para activar los procedimientos de procesamiento de reclamos del Plan, un reclamo debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Se debe presentar por escrito o por medios electrónicos de acuerdo con los estándares de Intercambio Electrónico de Datos (EDI) de la HIPAA (excepto que en el Plan se acepte que los Reclamos por atención urgente se presenten verbalmente).
- Lo debe recibir el Fideicomiso, el Asegurador correspondiente u otro delegado.

- Se debe identificar un Inscrito específico.
- Se debe identificar una afección o síntoma específicos.
- Se debe incluir descripción y fecha del tratamiento, servicio o producto específico para el cual se solicita aprobación o pago (además, en los reclamos posteriores al servicio, se deben incluir un detalle de los cargos).
- Se debe identificar nombre, dirección, número de teléfono, título o matrícula profesional y número de identificación fiscal (TIN) federal del Proveedor.
- Si otro plan es el pagador primario, se debe incluir una copia de la declaración de la Explicación de beneficios (EOB) del otro plan.
- Se debe presentar oportunamente al Plan, al Asegurador que corresponda u otro delegado, a menos que la persona que presenta el reclamo pueda demostrar que no fue posible presentarlo dentro del período exigido y que se presentó tan pronto como fue razonablemente posible.
- Si el reclamo se presenta conforme al plan TCN, primero debe enviarse a Medicare y, después, al Asegurador.

Ejemplo 1: George visita a su médico. El médico presenta el reclamo al Plan en nombre de George.

2. Qué no se considera un reclamo

Una solicitud no constituye un reclamo en los siguientes casos:

- No se presenta de acuerdo con los procedimientos correspondientes a los reclamos del Plan.
- La presenta una persona que no es el Inscrito, el Representante autorizado del Inscrito o un Proveedor que está ofreciendo tratamiento al Inscrito.
- La presenta una persona que no se identifica (anónimo).
- Es una consulta informal sobre los beneficios, como la verificación de la cobertura de un servicio/artículo, o el costo estimado permitido para un servicio.
- Es una solicitud de aprobación previa de un artículo o servicio que no requiere aprobación previa del Plan.
- Es una consulta de cumplimiento de requisitos.
- Es la presentación de una receta a una farmacia, que es rechazada por la farmacia o el administrador de beneficios de farmacia, si no tienen autoridad para tomar decisiones sobre reclamos. Después del rechazo por parte de la farmacia, un Inscrito o su representante autorizado pueden presentar un reclamo ante el Asegurador correspondiente.

3. ¿Cómo presentar un reclamo?

Debe presentar su tarjeta de identificación de atención de salud cuando acuda a un Hospital, centro de tratamiento ambulatorio, médico u otro Proveedor en cualquier parte del país. Si va a una farmacia, también debe mostrar su tarjeta de identificación de medicamentos con receta. La mayoría de los Proveedores, incluidos todos los Proveedores dentro de la red, presentarán un reclamo en su nombre directamente al Asegurador y este les pagará directamente a ellos. La información de contacto de su Asegurador, incluida la dirección, figura en su tarjeta de identificación de atención de salud y al final de esta SPD.

Reclamos médicos

Si el Proveedor no presenta un reclamo en su nombre directamente al Asegurador, es posible que Usted deba pagarle a ese Proveedor por adelantado los servicios de atención de salud que se prestaron. Si esto sucede, Usted debe presentar un reclamo directamente al Asegurador en la dirección que figura en su tarjeta de identificación de atención de salud tan pronto como sea razonablemente posible, a más tardar en el período descrito en la siguiente sección X(B)(4), para que Usted pueda recibir un reembolso por los artículos y servicios de atención de salud que se cubren a través del Plan. Si aún no ha pagado al Proveedor en su totalidad, asegúrese de hacerlo inmediatamente después de recibir el reembolso de parte del Asegurador. Si su Proveedor no presenta un reclamo en su nombre directamente al Asegurador, puede consultar el motivo.

Reclamos de farmacia

Cuando presenta su tarjeta de identificación de medicamentos con receta en una farmacia y pide obtener un medicamento con receta, técnicamente no está presentando un reclamo. Solo se presenta un reclamo cuando Usted, o la farmacia, en su nombre, le piden al Asegurador que pague un medicamento con receta. La mayoría de las veces, la farmacia presenta un reclamo en su nombre ante el Asegurador cada vez que se obtiene un medicamento con receta.

Ejemplo 1:

George visita a su Proveedor dentro de la red. La persona en el área de recepción hace una copia de su tarjeta de identificación de atención de salud. Después de que George visita al médico, el consultorio del Proveedor presenta un reclamo al Plan por dicha visita. El proveedor le hace una receta a George para que pruebe un nuevo medicamento para la presión arterial. George va a su Farmacia participante local para obtener el medicamento con receta. La farmacia se lo entrega y presenta el reclamo al Asegurador por el medicamento con receta.

Ejemplo 2:

George va a la farmacia para obtener un medicamento con receta. El medicamento no está en el Formulario del Plan, por lo que es posible que no esté cubierto a través del Plan, pero George decide que lo quiere de todos modos. Lo paga en la farmacia con su dinero. Luego, George presenta un reclamo al Asegurador para solicitar el reembolso del medicamento con receta que obtuvo. Si el Asegurador rechaza el reclamo (lo cual es probable porque el medicamento no está en el Formulario del Plan), George tiene la opción de presentar una apelación.

4. Plazo para la presentación de reclamos

El plazo que se exige para presentar reclamos puede variar en función de si Usted, el Proveedor o el centro presentan el reclamo, el tipo de plan en el que Usted está inscrito y el tipo de artículo o servicio que se factura en el reclamo.

Reclamos en los planes ECP y Humana Commercial:

a. Reclamos presentados por Usted

Debe presentar un reclamo a más tardar 24 meses desde la fecha en que se proporcionó el artículo o servicio, excepto los reclamos por terapia de infusión en el hogar, que deben presentarse a más tardar 15 meses a partir de la fecha en que se proporcionó el artículo o servicio.

b. Reclamos presentados por Proveedores o centros

Los reclamos que hacen los Proveedores por artículos o servicios profesionales deben presentarse a más tardar al final del año calendario posterior al año en que se proporcionó el artículo o servicio. Los reclamos que hacen los Proveedores o centros por artículos o servicios proporcionados por un centro (como internación de pacientes) deben presentarse a más tardar 365 días calendario después de que se proporcionó el artículo o servicio. Los reclamos recibidos después de este período serán rechazados, a menos que Usted pueda demostrar que no fue posible proporcionar un aviso de reclamo en el plazo requerido y que el reclamo se presentó en cuanto fue razonablemente posible.

c. Reclamos en el plan TCN

Todos los reclamos, independientemente de quién los haga y el artículo o servicio que se facture, deben presentarse a más tardar 24 meses a partir de la fecha en que se proporcionó el artículo o servicio.

d. Reclamos por servicios/artículos dentales y de la audición

Todos los reclamos, independientemente de quién los haga, deben presentarse a más tardar 365 días a partir de la fecha en que se proporcionó el artículo o servicio.

e. Reclamos por servicios/artículos de la vista

Los reclamos presentados por los miembros deben hacerse a más tardar 365 días a partir de la fecha en que se proporcionó el artículo o servicio.

5. Rechazos de reclamos

El rechazo de un reclamo se denomina también “determinación adversa”.

6. Aviso de la decisión sobre el reclamo

El Asegurador le avisará por escrito si un reclamo fue aprobado o rechazado. Por lo general, el aviso tendrá el formato de la Explicación de beneficios, que se envía por correo a su hogar, y describirá lo siguiente:

- Qué estaba cubierto y qué no.
- Cuando un artículo no está cubierto:
 - Los motivos del rechazo.
 - Las disposiciones específicas del Plan en las que se basa el rechazo.
 - Si se requiere información adicional de Usted y por qué se necesita dicha información.
 - Si se utilizó una regla interna, pauta, protocolo u otro criterio similar para tomar la decisión de rechazo del reclamo, en el aviso se le informará la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar específico que se tuvo en cuenta para tomar esa decisión, o se incluirá un enunciado al respecto. Se le entregará una copia sin cargo de dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio cuando la solicite. Si el rechazo del reclamo se basó en una Necesidad médica o tratamiento Experimental o de Investigación, exclusión o límite similar, se le dará una explicación del criterio científico o clínico que se usó para tomar esa decisión, con la aplicación de los términos del Plan a sus circunstancias médicas; o bien se incluirá un enunciado que indique que dicha explicación se entregará sin cargo cuando se la solicite.
 - Una explicación del procedimiento de revisión de reclamos y los límites de tiempo aplicables, que incluye una declaración sobre su derecho a iniciar una acción civil en virtud de la sección 502(a) de la ERISA.
 - Si se rechazó un reclamo de atención de urgencia, una descripción del proceso de revisión acelerado aplicable a esos casos. En el caso de un reclamo de atención de urgencia, el aviso de la determinación sobre el beneficio se puede hacer verbalmente, si el Asegurador le entrega un aviso por escrito dentro de los tres días calendario posteriores al aviso verbal.

En el aviso, el Asegurador indicará la dirección donde debe enviar la apelación si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre el reclamo (las apelaciones se abordan en la subsección D a continuación en esta SPD). El Asegurador tomará una decisión respecto de su reclamo en el plazo establecido para el tipo de reclamo en cuestión (p. ej., reclamo urgente, reclamo previo al servicio, reclamo posterior al servicio o reclamo de atención concurrente). A continuación, se describen estos tipos de reclamos y las reglas que corresponden a cada uno de ellos.

7. Tipos de reclamos y plazos para la toma de decisiones

a. Reclamos previos al servicio

Un reclamo previo al servicio es aquel que se presenta por un beneficio que requiere aprobación (de forma total o parcial) a través del Plan antes de que Usted reciba atención médica o un medicamento con receta en particular.

En esta SPD, si lee que un beneficio necesita Autorización previa, se trata de un beneficio para el cual se debe presentar un reclamo previo al servicio. El Asegurador o el PBM le informarán acerca de la decisión tomada respecto del reclamo previo al servicio en un plazo de 15 días a partir de la recepción de su solicitud de cobertura.

El Asegurador puede prorrogar este período de 15 días una sola vez hasta por 15 días calendario adicionales, si el Asegurador: (i) determina que dicha prórroga es necesaria debido a cuestiones fuera del control del Plan; y (ii) le avisa a Usted, antes del vencimiento del período inicial de 15 días, de las circunstancias que la ameritan y la fecha en la que el Asegurador espera tomar una decisión. Si la prórroga se precisa porque no se presentó a tiempo la información necesaria para tomar una decisión sobre el reclamo, entonces el aviso de prórroga debe describir específicamente la información necesaria. Usted tiene al menos 45 días calendario desde la recepción del aviso para entregar la información especificada. El plazo de prórroga para tomar la decisión sobre el reclamo se detiene a partir de la fecha en que el Asegurador le envía la notificación de prórroga hasta: (i) la fecha en que responde a la solicitud de información adicional; o (ii) que hayan transcurrido 45 días, lo que ocurra primero.

Ejemplo:

Lynn se tropieza en las escaleras y se lesiona la rodilla. El médico quiere que Lynn se haga una artroscopia de rodilla para ver cuál es el problema. Antes de realizar el procedimiento, el cirujano presentará al Plan un reclamo previo al servicio para asegurarse de que la cirugía estará cubierta a través del Plan.

b. Reclamos de atención de urgencia

Un reclamo de atención de urgencia es un reclamo previo al servicio para solicitar tratamiento o atención médica o un medicamento con receta que, si se resolviera en el plazo normal establecido para tomar decisiones sobre un reclamo previo al servicio, podría tener algunas de las siguientes consecuencias:

1. Pondría en grave peligro su vida o su salud o la posibilidad de recuperar sus funciones por completo si se aplicaran los tiempos normales para tomar decisiones sobre reclamos previos al servicio.
2. Le causaría un dolor fuerte que no podría controlar de forma adecuada sin la atención o el tratamiento que se solicita aprobar de acuerdo con la opinión de un Proveedor que conoce su afección.

Se aplican reglas especiales a estos reclamos presentados para solicitar atención médica de urgencia o la obtención de un medicamento con receta de forma urgente. Estas reglas exigen que el Asegurador o el PBM le informen de la decisión sobre un reclamo de atención urgente tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta la urgencia de las circunstancias médicas, pero a más tardar 72 horas después de que el Asegurador recibe la solicitud de cobertura, a menos que la información necesaria para decidir sobre el reclamo no fuera presentada a tiempo.

Si la información necesaria para decidir sobre el reclamo no se presentó a tiempo, el Asegurador le informará a Usted lo antes posible, pero a más tardar 24 horas después de que reciba el reclamo por parte del Plan, sobre la información específica necesaria para decidir sobre el reclamo. Se le dará un tiempo razonable, pero no menos de 48 horas, para que Usted entregue la información solicitada. El Asegurador le informará la decisión del Plan sobre el reclamo de atención de urgencia tan pronto como sea posible, pero en ningún caso después de las 48 horas posteriores a: (i) la recepción de la información especificada por parte del Asegurador; o (ii) la finalización del período que se le dio a Usted para entregar la información adicional especificada, lo que ocurra primero.

Ejemplo:

Un sábado, George está mirando un partido de fútbol y empieza a sentir un dolor intenso en el pecho. Lo llevan a la sala de emergencias más cercana en una ambulancia. El médico decide que George debe realizarse una angioplastia en las siguientes 72 horas. El Hospital o el médico presentarán un reclamo urgente al Plan en nombre de George. Si bien el servicio suele estar cubierto, si se rechaza, George tendrá la posibilidad de presentar una apelación urgente, tal como se describe en la subsección D a continuación en esta SPD.

c. Reclamos posteriores al servicio

Los reclamos posteriores al servicio son reclamos por atención o tratamiento médico o por un medicamento con receta que ya se ha proporcionado. En el caso de un reclamo posterior al servicio, el Asegurador le informará sobre el estado de su reclamo dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 30 días después de que el Asegurador reciba la solicitud de cobertura.

El Asegurador puede prorrogar este período de 15 días una sola vez hasta por 15 días calendario adicionales, si el Asegurador: (i) determina que dicha prórroga es necesaria debido a cuestiones fuera del control del Plan; y (ii) le avisa a Usted, antes del vencimiento del período inicial de 15 días, de las circunstancias que la ameritan y la fecha en la que el Asegurador espera tomar una decisión. Si la prórroga se precisa porque no se presentó a tiempo la información necesaria para tomar una decisión sobre el reclamo, entonces el aviso de prórroga debe describir específicamente la información necesaria. Usted tiene al menos 45 días calendario desde la recepción del aviso para entregar la información especificada. El plazo de prórroga para tomar la decisión sobre el reclamo se detiene a partir de la fecha en que el Asegurador le envía la notificación de prórroga hasta: (i) la fecha en que responde a la solicitud de información adicional; o (ii) que hayan transcurrido 45 días, lo que ocurra primero.

d. Reclamos concurrentes

Un reclamo concurrente es un reclamo para ampliar un tratamiento en curso durante un período de tiempo adicional (p. ej., más días en el Hospital) o una cantidad adicional de tratamientos (p. ej., 10 visitas más de terapia física) que supera la cantidad de días aprobados a través del Plan. En el caso de un reclamo concurrente, el Asegurador le notificará el estado de su reclamo lo antes posible, teniendo en cuenta la urgencia de las circunstancias médicas, y con tiempo suficiente para permitirle decidir si presentar una apelación antes de que se reduzca o finalice el tratamiento, si el reclamo lo recibe el Asegurador al menos 24 horas antes de que se programe la reducción o finalización del tratamiento.

Ejemplo:

A Lynn se le realiza una cirugía porque tiene muy mal la rodilla. A través del Plan, se aprueba que reciba 10 visitas de terapia física, lo que la ayudará a recuperarse. Después de 8 visitas, su fisioterapeuta determina que necesitará más de 10 visitas de terapia física para ayudarla a que la rodilla recupere sus funciones (es decir, ahora se necesitan un total de 15 visitas de terapia física). El reclamo del fisioterapeuta por 5 visitas adicionales es un reclamo concurrente porque el Plan ya aprobó el tratamiento en curso de Lynn (10 visitas iniciales de terapia física) y el fisioterapeuta procuró una ampliación de ese beneficio (5 visitas de terapia física adicionales).

e. Reclamos de determinación sobre cumplimiento de requisitos

Un reclamo de determinación sobre cumplimiento de requisitos se presenta para determinar si reúne los requisitos que exige el Plan, y está sujeto a las siguientes reglas:

- Se debe presentar un reclamo de determinación de cumplimiento de requisitos en la forma, el tiempo y la manera que se determine a través del Plan.

Después de que se haya presentado un reclamo de determinación de cumplimiento de requisitos ante el Plan, se notificará a través del Plan a la persona que presenta el reclamo sobre su determinación sobre el cumplimiento de requisitos (incluso si se rechaza el reclamo) dentro de un período razonable, pero a más tardar 45 días calendario después de que el Plan o su delegado reciba el reclamo.

- Es posible que se prorrogue este período dos veces, durante 30 días cada una, hasta un total de 60 días, si, a través del Plan o su delegado, se determina que dicha prórroga es necesaria debido a asuntos fuera del control del Plan y avisa a la persona que presentó el reclamo, antes del vencimiento del período inicial de 45 días, de las circunstancias que exigen la prórroga y la fecha en la que se espera tomar una decisión. Si dicha prórroga es necesaria debido a que la persona que presentó el reclamo no entregó la información necesaria para decidir sobre el reclamo, entonces se hará lo siguiente:
 - En el aviso de prórroga se deberá describir específicamente la información necesaria.
 - La persona que presentó el reclamo tendrá por lo menos 45 días a partir de la recepción del aviso para entregar la información necesaria.
 - El período para tomar una decisión sobre el reclamo de determinación de cumplimiento de requisitos se suspenderá, a partir de la fecha en que se envía el aviso de prórroga a la persona que presentó el reclamo de determinación de cumplimiento de requisitos y continúa hasta la fecha en que esa persona responde a la solicitud de información adicional.

	Reclamos previos al servicio	Reclamo de atención de urgencia	Reclamo posterior al servicio	Reclamo concurrente	Reclamo por determinación sobre cumplimiento de requisitos
A través del Plan, se debe tomar una decisión inicial sobre el reclamo tan pronto como sea posible, pero, a más tardar, en estos plazos:	15 días calendario después de la recepción del reclamo	72 horas después de la recepción del reclamo	30 días calendario después de la recepción del reclamo	Antes de que se reduzca el beneficio o finalice el tratamiento, si el reclamo se recibe al menos 24 horas antes de que se programe la reducción o la finalización del beneficio	45 días calendario después de la recepción del reclamo
¿Se permite la prórroga durante la decisión inicial sobre el reclamo, si el Asegurador le avisa a Usted antes de que se cumpla el plazo original para tomar la decisión y la prórroga es necesaria por cuestiones que escapan al control del Asegurador?	15 días calendario	No	15 días calendario	No	Hasta 60 días

8. Reclamos impropios o falsos

Si entrega información falsa sobre un tema importante al Plan o a alguno de sus agentes o empleados, en el Plan se rechazará su reclamo de forma total o parcial y se le cobrarán los gastos que se hayan generado en virtud de esa información falsa. Si los beneficios ya se pagaron según la información falsa entregada, a través del Plan se le exigirá el reintegro de los beneficios más los gastos que se hayan realizado para obtener dicho reintegro (incluidos los honorarios de abogados, los costos y todos los demás gastos), y se hará una reducción en los beneficios futuros de sus reclamos hasta que se hayan reintegrado los beneficios pagados.

El Fideicomiso puede cancelar la cobertura a través del Plan por cualquier acto u omisión por parte de un Jubilado, Cónyuge, superviviente, Pareja doméstica del mismo sexo superviviente o Dependiente que indique la intención de cometer fraude al Plan, p. ej., hacer uso indebido intencional o repetitivo de los servicios del Plan, u omitir o tergiversar un hecho importante en una solicitud de inscripción, reclamo u otro documento. Los fundamentos para dar por finalizada la cobertura incluyen la presentación de un reclamo o una declaración con información sustancialmente falsa, el ocultamiento de información con el fin de engañar o cualquier acto que pueda constituir fraude al seguro.

C. PROCESO DE APELACIONES PARA LOS PLANES ECP, TCN, HUMANA COMMERCIAL, DENTAL, DE LA VISTA, DE LA AUDICIÓN, DE BENEFICIOS DE ARTÍCULOS DE VENTA LIBRE, DE MEDICAMENTOS CON RECETA PARA MIEMBROS SIN MEDICARE, Y DETERMINACIONES DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

En esta sección se cubre el proceso de apelación de reclamos para los planes ECP, TCN, Humana Commercial, dental, de la vista, de la audición, de beneficios de artículos de venta libre y de medicamentos con receta para miembros sin Medicare, y las determinaciones de cumplimiento de requisitos. El Asegurador que corresponda toma las decisiones sobre las apelaciones para los planes ECP, TCN, Humana Commercial, dental, de la vista, de la audición y de medicamentos con receta para miembros sin Medicare, de acuerdo con los procedimientos razonables del Asegurador, según lo exige la ERISA. El Fideicomiso toma las decisiones sobre el plan de beneficios de artículos de venta libre, de acuerdo con los procedimientos razonables del Fideicomiso, según lo exige la ERISA. A través del Plan, se toman las decisiones sobre las determinaciones de cumplimiento de requisitos, de acuerdo con los procedimientos razonables del Plan, según lo exige la ERISA. Si está inscrito en el plan ECP, TCN, Humana Commercial, dental, de la vista, de la audición y de beneficios de artículos de venta libre o de medicamentos con receta para miembros sin Medicare y ha agotado las instancias de procedimientos del Asegurador, es posible que pueda presentar una apelación voluntaria ante el Fideicomiso. Si a través del Plan se rechaza inicialmente su determinación de cumplimiento de requisitos, es posible que pueda presentar una Apelación voluntaria ante el Fideicomiso. Las decisiones sobre las apelaciones voluntarias las toma el Fideicomiso.

Si se rechaza un reclamo, de forma total o parcial, Usted tiene derecho a presentar una apelación para que lo revisen y asegurarse de que la decisión fue la correcta. Debe seguir los procedimientos que se describen en esta sección para presentar una apelación. En el Plan, se siguen los procedimientos de apelación que exige la ERISA. Dado que hay partes en esta subsección que son complicadas (y están redactadas para cumplir con requisitos legales), después de estas reglas se incluye un ejemplo con George.

Se le dará la oportunidad de que el administrador del Plan o un delegado revise de forma completa e imparcial el rechazo del reclamo.

A través del Plan, se ha autorizado al Asegurador para que interprete e implemente el Plan. Las personas en el Asegurador que tomen la decisión inicial de rechazar su reclamo, en forma parcial o total, no serán las mismas que decidan sobre su apelación, ni serán los supervisores de quienes decidan al respecto. Las personas que tomen decisiones sobre su apelación no deferirán ni darán consideración al rechazo inicial del reclamo.

Al tomar una decisión acerca de un reclamo rechazado que se basa, de forma total o parcial, en un criterio médico, incluidas las determinaciones respecto de si un tratamiento, medicamento u otro artículo en particular es Experimental o de Investigación, o no es Medicamento necesario o adecuado, el Asegurador hará lo siguiente:

- Consultará a un profesional de atención de salud que cuente con la debida capacitación y experiencia en el campo de la medicina relacionado con ese criterio médico.

- Identificará a los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se haya obtenido en nombre del Asegurador para el rechazo del reclamo, independientemente de si el asesoramiento se utilizó para tomar la decisión de rechazo.
- Se asegurará de que el profesional de atención de salud que participe en la consulta mencionada anteriormente sea una persona a la cual no se le haya consultado en relación con el rechazo del reclamo que es objeto de la apelación, ni un subordinado de esa persona.

1. Proceso de apelaciones de reclamos para los planes ECP, TCN, Humana Commercial, dental, de la vista, de la audición

El Asegurador le ofrece un nivel de apelación. También puede tener la oportunidad de presentar una apelación voluntaria ante el Fideicomiso.

2. Proceso de apelación de nivel 1

Tiene 180 días calendario a partir de la fecha en que se rechazó inicialmente el reclamo, en forma total o parcial, para presentar una solicitud por escrito al Asegurador correspondiente para que se revise la decisión del reclamo a través de una apelación de nivel 1. Sin embargo, las apelaciones de reclamos de atención de urgencia pueden presentarse por teléfono. Si no presenta una apelación de nivel 1 por la decisión del reclamo dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha en que se rechazó inicialmente, perderá su derecho a apelar y la decisión inicial sobre el reclamo será definitiva. Como parte del proceso de apelación, puede enviar comentarios escritos que respalden el reclamo. Se le enviará una decisión por escrito sobre la apelación tal como se describe en el cuadro a continuación.

Para iniciar una revisión de apelación de nivel 1, Usted o su representante autorizado deben enviar al Asegurador una declaración por escrito que explique por qué no están de acuerdo con la determinación. Es posible que un Asegurador en particular no llame a esta primera apelación “de nivel 1”, pero todos los Aseguradores incluyen este paso. Adjunte a la solicitud toda la documentación, los registros o los comentarios que considere que respaldan su postura. Envíe por correo la solicitud escrita de revisión a la dirección que figura en la carta que el Asegurador le envió para avisarle que no se aprobó el beneficio o el servicio que está solicitando. El Asegurador puede decidir realizar una o más audiencias antes de decidir sobre la apelación de nivel 1. Usted puede, a su cargo, tener un abogado u otro representante que actúe en su nombre, pero el Asegurador requiere una autorización por escrito de su parte que garantice de que Usted le ha dado a ese representante su permiso para hacerlo.

El Asegurador responderá a su solicitud de revisión con una decisión por escrito sobre su apelación de nivel 1 dentro del plazo correspondiente establecido en el cuadro a continuación, a menos que le haya avisado por escrito que necesita información adicional para completar la revisión. El aviso describirá lo siguiente:

- Lo que se aprobó y lo que se rechazó.
- En caso de que se rechace un servicio o artículo, se incluirá la siguiente información:
 - Los motivos del rechazo.
 - Las disposiciones específicas del Plan en las que se basa el rechazo.

- Cualquier documento, registro u otra información relevante para su reclamo de beneficios. Si la solicita, se le entregará una copia de dichos documentos, registros u otra información de forma gratuita.
- Si se utilizó una regla interna, pauta, protocolo u otro criterio similar para tomar la decisión de rechazo del reclamo, en el aviso se le informará la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar específico que se tuvo en cuenta para tomar esa decisión, o se incluirá un enunciado al respecto. Se le entregará una copia sin cargo de dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio cuando la solicite. Si el rechazo del reclamo se basó en una Necesidad médica o tratamiento Experimental o de Investigación, exclusión o límite similar, se le dará una explicación del criterio científico o clínico que se usó para tomar esa decisión, con la aplicación de los términos del Plan a sus circunstancias médicas; o bien se incluirá un enunciado que indique que dicha explicación se entregará sin cargo cuando se la solicite.
- Una explicación sobre los procedimientos de apelación voluntaria que ofrece el Fideicomiso y el derecho que Usted tiene a iniciar una acción civil conforme a la sección 502(a) de la ERISA.

Después de que el Asegurador reciba el aviso por escrito sobre la aprobación o el rechazo de su apelación de nivel 1, puede suceder lo siguiente:

- Si Usted está de acuerdo con la decisión sobre su apelación de nivel 1, esta se transforma en la determinación final y se da por terminada la revisión.
- Si Usted no está de acuerdo con la decisión sobre su apelación de nivel 1, puede continuar con el proceso de apelación voluntaria para la mayoría de las decisiones sobre una apelación de nivel 1.

3. Proceso de apelación voluntaria

- Si no está de acuerdo con la decisión final del Asegurador en la que se rechazó el reclamo después de la apelación, tiene la opción de presentar una apelación voluntaria al Fideicomiso. Debe presentarla dentro de los 180 días a partir de la fecha en que el Asegurador rechazó su apelación de nivel 1. Se le ofrece el proceso de apelación voluntaria para que se pueda garantizar la aplicación sistemática de las reglas del Plan. Durante el período entre la primera decisión sobre su reclamo y la revisión en una apelación voluntaria, en el Plan se podrían tener en cuenta cambios que ocurrieron en los estándares médicos generalmente aceptados. La determinación sobre la apelación que hace el Asegurador completa el proceso de apelación, por lo que Usted no está obligado a presentar una apelación voluntaria.

Ya sea que presente una apelación voluntaria del reclamo rechazado o no, los demás beneficios del Plan no se verán afectados.

Puede optar por presentar una apelación voluntaria ante el Fideicomiso conforme al procedimiento correspondiente solo cuando haya agotado todas las instancias del proceso de apelación descrito anteriormente. Para presentar una apelación voluntaria, envíe lo siguiente: Su nombre, el nombre del plan, la referencia de la decisión, las copias de los rechazos y una explicación de por qué apela la decisión.

Debe enviar esta información a la siguiente dirección:

The UAW Retiree Medical Benefits Trust
 Attention: Appeals Coordinator
 P.O. Box 14309
 Detroit, MI 48214-0309

Las decisiones del Fideicomiso sobre apelaciones voluntarias son definitivas.

Apelaciones de nivel 1 y voluntarias para planes ECP, TCN, Humana Commercial, dental, de la vista y de la audición				
	Reclamos previos al servicio	Reclamo de atención de urgencia	Reclamo posterior al servicio	Reclamo concurrente
La solicitud de apelación de nivel 1 debe enviarse al Asegurador en estos plazos:	180 días calendario a partir de la decisión inicial sobre el reclamo	180 días calendario a partir de la decisión inicial sobre el reclamo	180 días calendario a partir de la decisión inicial sobre el reclamo	180 días calendario a partir de la decisión inicial sobre el reclamo
El Asegurador debe tomar una decisión de apelación de nivel 1 y avisarle al Inscrito de la decisión tan pronto como sea posible, pero, a más tardar, en estos plazos:	30 días calendario después de la recepción de la apelación por parte del Asegurador	72 horas después de la recepción de la apelación por parte del Asegurador	30 días calendario después de la recepción de la apelación por parte del Asegurador	72 horas después de la recepción de la apelación por parte del Asegurador en caso de atención urgente; de lo contrario, 30 días calendario después de la recepción de la apelación por parte del Asegurador
La solicitud de apelación voluntaria debe enviarse al Fideicomiso en estos plazos:	180 días calendario a partir del rechazo de la apelación de nivel 1 por parte del Asegurador	180 días calendario a partir del rechazo de la apelación de nivel 1 por parte del Asegurador	180 días calendario a partir del rechazo de la apelación de nivel 1 por parte del Asegurador	180 días calendario a partir del rechazo de la apelación de nivel 1 por parte del Asegurador
El Fideicomiso tomará una decisión sobre la apelación voluntaria e informará al Inscrito de la decisión tan pronto como sea posible.				

4. Proceso de apelación de reclamos por beneficios de artículos de venta libre

El Fideicomiso le ofrece un nivel de apelación. También puede tener la oportunidad de presentar una apelación voluntaria ante el Fideicomiso.

a. Proceso de apelación de nivel 1

En el caso de apelaciones de reclamos, tiene 180 días calendario a partir de la fecha en que se rechazó inicialmente el reclamo, en forma total o parcial, para presentar una solicitud por escrito al Fideicomiso a fin de que se revise la decisión del reclamo a través de una apelación de nivel 1. Si no presenta una apelación de nivel 1 de la decisión del reclamo dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha en que se rechazó inicialmente el reclamo, perderá su derecho a apelar y la decisión inicial sobre el reclamo será definitiva. Como parte del proceso de apelación, puede enviar comentarios escritos que respalden el reclamo. Se le enviará una decisión por escrito sobre la solicitud de apelación.

Para iniciar una revisión de apelación de nivel 1, Usted o su representante autorizado deben enviar al Fideicomiso una declaración por escrito que explique por qué no están de acuerdo con la determinación. Adjunte a la solicitud toda la documentación, los registros o los comentarios que considere que respaldan su postura. Envíe por correo la solicitud escrita de revisión a la dirección que figura en la carta que el Asegurador le envió para avisarle que no se aprobó el beneficio que está solicitando. El Fideicomiso responderá su solicitud de revisión por escrito con una decisión dentro de los 45 días después de recibir su apelación, a menos que le haya notificado por escrito que necesita información adicional para completar su revisión o que se aplican ciertas circunstancias especiales que le dan al Fideicomiso 45 días adicionales para responder con una decisión por escrito.

b. Proceso de apelación voluntaria

Si no está de acuerdo con la decisión final del Fideicomiso en la que se rechazó el reclamo después de la apelación, tiene la opción de presentar una apelación voluntaria al Fideicomiso. Debe presentarla dentro de los 180 días a partir de la fecha en que el Fideicomiso rechazó su apelación de nivel 1. Se le ofrece el proceso de apelación voluntaria para que se pueda garantizar la aplicación sistemática de las reglas del Plan. Durante el período entre la primera decisión sobre su reclamo y la revisión en una apelación voluntaria, en el Plan se podrían tener en cuenta cambios que ocurrieron en los estándares médicos generalmente aceptados. Con la determinación del Fideicomiso, se completa el proceso de apelación, por lo que Usted no está obligado a presentar una apelación voluntaria. Ya sea que presente una apelación voluntaria del reclamo rechazado o no, los demás beneficios del Plan no se verán afectados.

Puede optar por presentar una apelación voluntaria ante el Fideicomiso conforme al procedimiento correspondiente solo cuando haya agotado todas las instancias del proceso de apelación descrito anteriormente. Para presentar una apelación voluntaria, envíe lo siguiente: Su nombre, el nombre del plan, la referencia de la decisión, las copias de los rechazos y una explicación de por qué apela la decisión. Debe enviar esta información a la siguiente dirección:

The UAW Retiree Medical Benefits Trust
Attention: Appeals Coordinator
P.O. Box 14309
Detroit, MI 48214-0309

Las decisiones del Fideicomiso sobre apelaciones voluntarias son definitivas.

5. Proceso de apelación de reclamos de medicamentos con receta para miembros sin Medicare

Hay dos niveles de apelación para los reclamos de medicamentos con receta para miembros sin Medicare. También puede tener la oportunidad de presentar una apelación voluntaria ante el Fideicomiso.

a. Proceso de apelación de nivel 1

En el caso de apelaciones de reclamos de medicamentos con receta, tiene 180 días calendario a partir de la fecha en que se rechazó inicialmente, en forma total o parcial, para presentar una solicitud por escrito al Asegurador correspondiente para que se revise la decisión del reclamo a través de una apelación de nivel 1. Sin embargo, las apelaciones de reclamos de atención de urgencia pueden presentarse por teléfono. Si no presenta una apelación de nivel 1 por la decisión del reclamo dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha en que se rechazó inicialmente, perderá su derecho a apelar y la decisión inicial sobre el reclamo será definitiva. Como parte del proceso de apelación, puede enviar comentarios escritos que respalden el reclamo. Se le enviará una decisión por escrito sobre la apelación tal como se describe en el cuadro a continuación.

Para iniciar una revisión de apelación de nivel 1, Usted o su representante autorizado deben enviar al Asegurador una declaración por escrito que explique por qué no están de acuerdo con la determinación. Es posible que un Asegurador en particular no llame a esta primera apelación “de nivel 1”, pero todos los Aseguradores incluyen este paso. Adjunte a la solicitud toda la documentación, los registros o los comentarios que considere que respaldan su postura. Envíe por correo la solicitud escrita de revisión a la dirección que figura en la carta que el Asegurador le envió para avisarle que no se aprobó el beneficio o el servicio que está solicitando. El Asegurador responderá a su solicitud de revisión con una decisión por escrito dentro de los 30 días, a menos que le haya avisado por escrito que necesita información adicional para completar la revisión. El Asegurador puede decidir realizar una o más audiencias antes de decidir sobre la apelación de nivel 1. Usted puede, a su cargo, tener un abogado u otro representante que actúe en su nombre, pero el Asegurador requiere una autorización por escrito de su parte que garantice de que Usted le ha dado a ese representante su permiso para hacerlo.

El Asegurador responderá a su solicitud de revisión con una decisión por escrito sobre su apelación de nivel 1 dentro del plazo correspondiente establecido en el cuadro a continuación, a menos que le haya avisado por escrito que necesita información adicional para completar la revisión. El aviso describirá lo siguiente:

- Lo que se aprobó y lo que se rechazó.
- En caso de que se rechace un servicio o artículo, se incluirá la siguiente información:
 - Los motivos del rechazo.
 - Las disposiciones específicas del Plan en las que se basa el rechazo.
 - Cualquier documento, registro u otra información relevante para su reclamo de beneficios. Si la solicita, se le entregará una copia de dichos documentos, registros u otra información de forma gratuita.

- Si se utilizó una regla interna, pauta, protocolo u otro criterio similar para tomar la decisión de rechazo del reclamo, en el aviso se le informará la regla, pauta, protocolo u otro criterio similar específico que se tuvo en cuenta para tomar esa decisión, o se incluirá un enunciado al respecto. Se le entregará una copia sin cargo de dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio cuando la solicite. Si la determinación adversa se basó en una Necesidad médica o tratamiento Experimental o de Investigación, exclusión o límite similar, se le dará una explicación del criterio científico o clínico que se usó para tomar esa decisión, con la aplicación de los términos del Plan a sus circunstancias médicas, o bien se incluirá un enunciado que indique que dicha explicación se entregará sin cargo cuando se la solicite.
- Una explicación sobre los procedimientos de apelación voluntaria que ofrece el Fideicomiso y el derecho que Usted tiene a iniciar una acción civil conforme a la sección 502(a) de la ERISA.

Después de que reciba el aviso por escrito del PBM sobre la aprobación o rechazo de su apelación de nivel 1, puede suceder lo siguiente:

- Si Usted está de acuerdo con la decisión sobre su apelación de nivel 1, esta se transforma en la determinación final y se da por terminada la revisión.
- Si Usted no está de acuerdo con la decisión sobre su apelación de nivel 1, puede continuar con el proceso de apelación voluntaria para la mayoría de las decisiones sobre una apelación de nivel 1.

b. Proceso de apelación voluntaria

Si no está de acuerdo con la decisión del PBM en la que se rechazó el reclamo después de la apelación de nivel 2, a su criterio, puede presentar una apelación voluntaria ante el Fideicomiso. Debe presentarla dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha en que el PBM rechaza su apelación de nivel 2. Se le ofrece el proceso de apelación voluntaria para que se pueda garantizar la aplicación sistemática de las reglas del Plan. Durante el período entre la primera decisión sobre su reclamo y la revisión en una apelación voluntaria, en el Plan se podrían tener en cuenta cambios que ocurrieron en los estándares médicos generalmente aceptados (p. ej., un cambio en la aprobación de un determinado medicamento con receta). Con la determinación final del PBM, se completa el proceso de apelación, por lo que Usted no está obligado a presentar una apelación voluntaria.

Ya sea que presente una apelación voluntaria del reclamo rechazado o no, los demás beneficios del Plan no se verán afectados.

Puede optar por presentar una apelación voluntaria ante el Fideicomiso conforme al procedimiento correspondiente solo cuando haya agotado todas las instancias del proceso de apelación descrito anteriormente. Para presentar una apelación voluntaria, envíe lo siguiente: Su nombre, el nombre del plan, la referencia de la decisión, las copias de los rechazos y una explicación de por qué apela la decisión.

Debe enviar esta información a la siguiente dirección:

The UAW Retiree Medical Benefits Trust
Attention: Appeals Coordinator
P.O. Box 14309
Detroit, MI 48214-0309

Las decisiones del Fideicomiso sobre las apelaciones voluntarias son el paso final del proceso de apelación del Plan. Consulte la subsección E(4) de la sección XI “Información para todos los Inscritos”.

6. Proceso de apelación de la determinación sobre cumplimiento de requisitos

Este es el proceso que debe usar si quiere apelar la decisión del Plan respecto de si Usted o un Dependiente cumplen con los requisitos para inscribirse en un plan o recibir el Beneficio de artículos de venta libre.

Con el Plan se ofrece un nivel de apelación. También puede tener la oportunidad de presentar una apelación voluntaria ante el Fideicomiso.

a. Proceso de apelación de nivel 1

En el caso de las apelaciones de determinaciones de cumplimiento de requisitos, tiene 180 días calendario a partir de la fecha en que se rechazó inicialmente el reclamo de determinación de cumplimiento de requisitos, en forma total o parcial, para presentar una solicitud por escrito al Plan para que se revise la decisión sobre el reclamo de determinación de cumplimiento de requisitos a través de una apelación de nivel 1. Si no presenta una apelación de nivel 1 de la decisión del reclamo de cumplimiento de requisitos dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha en que se rechazó inicialmente el reclamo, perderá su derecho a apelar y la decisión inicial sobre el reclamo será definitiva. Como parte del proceso de apelación, puede enviar comentarios escritos que respalden el reclamo. Se le enviará una decisión por escrito sobre la solicitud de apelación.

Para iniciar una revisión de apelación de nivel 1, Usted o su representante autorizado deben enviar al Plan una declaración por escrito que explique por qué no están de acuerdo con la determinación. Adjunte a la solicitud toda la documentación, los registros o los comentarios que considere que respaldan su postura. Envíe por correo la solicitud por escrito a la dirección que figura en la carta que se le envió a través del Plan para avisarle que no se aprobó el beneficio que está solicitando. A través del Plan, se responderá a su solicitud de revisión con una decisión por escrito dentro de los 45 días posteriores a la recepción de su apelación, a menos que se le haya avisado por escrito que se necesita información adicional para completar su revisión, o que se apliquen ciertas circunstancias especiales que le dan al Plan 45 días adicionales para responder con una decisión por escrito.

b. Proceso de apelación voluntaria

Si no está de acuerdo con la decisión final del Plan en la que se rechazó el reclamo de determinación de cumplimiento de requisitos después de la apelación, a su criterio, tiene la opción de presentar una apelación voluntaria al Fideicomiso. Debe presentarla dentro de los 180 días a partir de la fecha en que el Plan rechazó su apelación de nivel 1 de la determinación de cumplimiento de requisitos. Se le ofrece el proceso de apelación voluntaria para que se pueda garantizar la aplicación sistemática de las reglas del Plan. Durante el período entre la primera decisión sobre su reclamo de determinación de cumplimiento de requisitos y la revisión en una apelación voluntaria, en el Plan se podrían tener en cuenta cambios que ocurrieron en los estándares médicos generalmente aceptados. Con la determinación del Plan, se completa el proceso de apelación, por lo que Usted no está obligado a presentar una apelación voluntaria.

Sin importar si envía o no su reclamo de determinación de cumplimiento de requisitos rechazado para una apelación voluntaria, los demás beneficios del Plan no se verán afectados. Puede optar por presentar una apelación voluntaria ante el Fideicomiso conforme al proceso correspondiente solo después de agotar el proceso de apelación descrito anteriormente. Para presentar una apelación voluntaria, envíe lo siguiente: Su nombre, el nombre del plan, la referencia de la decisión, las copias de los rechazos y una explicación de por qué apela la decisión. Debe enviar esta información a la siguiente dirección:

The UAW Retiree Medical Benefits Trust
Attention: Appeals Coordinator
P.O. Box 14309
Detroit, MI 48214-0309

Las decisiones del Fideicomiso sobre apelaciones voluntarias son definitivas.

Apelaciones de nivel 1, nivel 2 y voluntarias de reclamos de medicamentos con receta para miembros sin Medicare

	Reclamos previos al servicio	Reclamo de atención de urgencia	Reclamo posterior al servicio	Reclamo concurrente	Reclamo por determinación de cumplimiento de requisitos
La solicitud de apelación de nivel 1 debe enviarse al Asegurador en estos plazos:	180 días calendario a partir de la decisión inicial sobre el reclamo	180 días calendario a partir de la decisión inicial sobre el reclamo	180 días calendario a partir de la decisión inicial sobre el reclamo	180 días calendario a partir de la decisión inicial sobre el reclamo	180 días calendario a partir de la decisión inicial sobre el reclamo de determinación de cumplimiento de requisitos
El Asegurador debe tomar una decisión de apelación de nivel 1 y avisarle al Inscrito de la decisión tan pronto como sea posible, pero, a más tardar, en estos plazos:	15 días calendario después de la recepción de la apelación por parte del Asegurador	72 horas después de la recepción de la apelación por parte del Asegurador	30 días calendario después de la recepción de la apelación por parte del Asegurador	72 horas después de la recepción de la apelación por parte del Asegurador en caso de atención urgente; de lo contrario, 30 días calendario después de la recepción de la apelación por parte del Asegurador	45 días calendario después de la recepción de la apelación por parte del Plan
La solicitud de apelación de nivel 2 debe enviarse al Asegurador en estos plazos:	90 días calendario a partir de la fecha del rechazo de la apelación de nivel 1	N/C	90 días calendario a partir de la fecha del rechazo de la apelación de nivel 1	90 días calendario a partir de la fecha del rechazo de la apelación de nivel 1	N/C
El Asegurador debe tomar una decisión de apelación de nivel 2 y avisar al Inscrito sobre la decisión tan pronto como sea posible, pero a más tardar en los siguientes plazos:	15 días calendario después de la recepción de la apelación de nivel 2 por parte del Asegurador	N/C	30 días calendario después de la recepción de la apelación de nivel 2 por parte del Asegurador	15 días calendario después de la recepción de la apelación de nivel 2 por parte del Asegurador	N/C
La solicitud de apelación voluntaria debe enviarse al Fideicomiso en estos plazos:	180 días calendario desde el rechazo de la apelación de nivel 2 por parte del Asegurador	180 días calendario a partir del rechazo de la apelación de nivel 1 por parte del Asegurador	180 días calendario desde el rechazo de la apelación de nivel 2 por parte del Asegurador	180 días calendario desde el rechazo de la apelación de nivel 2 por parte del Asegurador	180 días calendario a partir de la fecha del rechazo de la apelación de nivel 1 del Plan
El Fideicomiso tomará una decisión sobre la apelación voluntaria e informará al Inscrito de la decisión tan pronto como sea posible.					

7. Proceso legal

No podrá iniciar una acción legal por el reintegro de los beneficios si antes no agota todas las instancias de los procesos de reclamos y apelaciones del Plan. Sin embargo, no está obligado a seguir el proceso de apelación voluntaria antes de iniciar una acción legal. Las demandas contra el Plan deben iniciarse durante el año posterior a la fecha de la última decisión emitida por el Plan o su Asegurador respecto del reclamo. Si envía una solicitud de apelación voluntaria, ese límite de un año queda suspendido mientras se realiza la revisión. Una vez que se tome una decisión sobre la apelación voluntaria, se inicia un nuevo límite de un año.

8. Representantes autorizados

Un representante autorizado, como un Dependiente adulto u otra persona, puede presentar un reclamo por Usted y representarlo en el proceso de apelación si Usted no puede hacerlo por sus propios medios. Comuníquese con el Asegurador a fin de solicitarle el formulario para designar a un Representante autorizado para que actúe en su nombre. El personal del Plan puede solicitar información adicional para verificar que esta persona esté autorizada para actuar en su nombre.

9. Cesión de beneficios

Usted y sus Dependientes son los beneficiarios previstos de este Plan. Usted no puede ceder beneficios ni derechos legales conforme al Plan, a menos que haya obtenido la autorización específica a través del Plan o que un tribunal le indique que lo haga. Los proveedores no son participantes ni beneficiarios del Plan y no tienen derecho a recibir beneficios del Plan en ninguna circunstancia. Cuando Usted consulta al médico, se realiza un análisis u obtiene un medicamento con receta, con el Plan se paga (a través del Asegurador) a esos proveedores directamente, en lugar de enviarle el dinero a Usted.

XI. INFORMACIÓN PARA TODOS LOS INSCRITOS

A. CONTINUACIÓN DE COBERTURA SEGÚN LA COBRA

Cuando Usted o un Dependiente suyo pierden la cobertura, es posible que reúnan los requisitos para acceder a una continuación de cobertura según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA). A través de la ley federal COBRA, se otorga a determinados Inscritos que cumplen los requisitos el derecho de continuar con su cobertura de atención de salud a tarifas de grupo durante un determinado período. En caso de que el Cónyuge o un familiar cubierto dejen de reunir los requisitos para recibir la cobertura del Plan debido a un hecho habilitante (que se describe más adelante), podrá continuar con la cobertura a través del Plan durante un período máximo de 36 meses. La continuación de cobertura según la COBRA generalmente es la misma cobertura de salud que tenía el Dependiente el día antes de comenzar dicha continuación de cobertura.

La Pareja doméstica del mismo sexo que pierde la cobertura del Plan no reúne los requisitos para acceder a esta continuación de cobertura de conformidad con las regulaciones de la COBRA del gobierno federal. No obstante, en el Plan se permite que la Pareja doméstica del mismo sexo continúe con la cobertura del mismo modo que un Cónyuge, siempre que se elija la continuación de cobertura en el plazo estipulado y se realicen las Contribuciones requeridas. O bien, si finaliza la relación con la Pareja doméstica del mismo sexo, del mismo modo que un Cónyuge divorciado o legalmente separado, se deben hacer pagos voluntarios (por el mismo monto que el pago de la COBRA) para recibir cobertura durante un máximo de 36 meses a través del Plan.

1. Aviso del Plan de continuación de cobertura

A través del Plan, se proporciona un Aviso general de los derechos de continuación de cobertura según la COBRA (Aviso general) a los Jubilados y Dependientes dentro de los 90 días posteriores a que dichas personas reúnan los requisitos para la cobertura del Plan, como parte de esta SPD. A partir de ese momento, se proporcionará el Aviso general cuando se lo solicite.

2. Hechos habilitantes

Para el Cónyuge de un Jubilado cubierto a través del Plan, en virtud de la COBRA se ofrece una continuación de la cobertura del Plan a cargo del Cónyuge si la cobertura del Plan se pierde por alguno de los siguientes motivos:

- El fallecimiento del Jubilado (aunque, normalmente, el Cónyuge o la Pareja doméstica superviviente del mismo sexo tienen permitido continuar con la cobertura del Plan después del fallecimiento del Jubilado, por lo que este hecho habilitante, en general, no constituye una causa de pérdida de la cobertura).

El Cónyuge o la pareja doméstica del mismo sexo o el Hijo dependiente pueden elegir y pagar la cobertura de la COBRA durante hasta 36 meses si dejan de cumplir los requisitos para recibir cobertura a través del Plan.

- El divorcio del Jubilado.
- Para el Hijo dependiente de un Jubilado, el Cónyuge superviviente o la Pareja doméstica del mismo sexo superviviente de un Jubilado con cobertura a través del Plan, según la COBRA se ofrece una continuación de la cobertura del Plan a cargo del Dependiente si la cobertura del Plan se pierde por alguno de los siguientes motivos:
- El fallecimiento del Jubilado, del Cónyuge superviviente o la Pareja doméstica del mismo sexo superviviente.
- El divorcio de los padres del Hijo dependiente (por lo general, si el Hijo dependiente sigue cumpliendo con la definición de Dependiente, el divorcio o la separación de sus padres no constituye una causa de pérdida de cobertura para el Hijo dependiente).
- La persona ya no cumple con la definición de Hijo dependiente que se describe en el Plan.

3. Aviso a Retiree Health Care Connect para elegir la continuación de cobertura según la COBRA en virtud del Plan

El Jubilado, el Cónyuge superviviente, la Pareja doméstica del mismo sexo superviviente, o el Hijo dependiente deben notificar a Retiree Health Care Connect los hechos habilitantes en un plazo de 60 días desde que ocurrió el hecho. El personal de Retiree Health Care Connect enviará un aviso de elección de la COBRA dentro de los 14 días de este aviso. Si el Jubilado, el Cónyuge superviviente, la Pareja doméstica del mismo sexo superviviente o el Hijo dependiente no notifican a Retiree Health Care Connect en el plazo de 60 días desde que ocurrió el hecho habilitante, perderán el derecho de elegir la continuación de cobertura según la COBRA.

Si el Plan determina que un Dependiente o una Pareja doméstica del mismo sexo no cumplen con los requisitos para la continuación de la cobertura, a través del Plan se proporcionará un aviso de incumplimiento de requisitos dentro de los 14 días de haber recibido el aviso de un hecho habilitante, o de que una Pareja doméstica del mismo sexo quiera continuar con la cobertura conforme al Plan.

4. Elección de continuación de cobertura según la COBRA

Si sus Dependientes quieren elegir la continuación de cobertura según la COBRA, deben comunicarse con Retiree Health Care Connect, a más tardar, 60 días después de la fecha de finalización de la cobertura conforme al Plan o, si lo hacen con posterioridad, la fecha en que reciban del Plan el aviso general de continuación de cobertura según la COBRA.

Cada Dependiente que reúne los requisitos para la continuación de cobertura según la COBRA tiene un derecho independiente a elegir esta cobertura. En general, uno de los padres puede elegir la continuación de la cobertura para los Hijos dependientes. Sin embargo, el Hijo dependiente de 18 años de edad o más tiene el derecho de elegir la continuación de cobertura según la COBRA de forma independiente, sin importar si Usted o su Cónyuge eligen esta cobertura.

5. Pago de la continuación de cobertura según la COBRA

Retiree Health Care Connect les informará a sus Dependientes el costo de la continuación de cobertura según la COBRA cuando se le notifique su derecho a acceder a la cobertura. El Comité determina anualmente el costo de la continuación de cobertura según la COBRA y este no excederá el 102 % del costo aplicable (costo del Inscrito y costo del Plan combinados) para brindar cobertura, según lo determine el actuario del Fideicomiso.

El primer pago de la continuación de cobertura según la COBRA debe incluir los pagos de los meses retroactivos al día en que la cobertura del Plan finalizó. Este pago debe realizarse, a más tardar, 45 días después de la fecha en que los Dependientes firman el formulario de elección y lo envían a Retiree Health Care Connect.

Los pagos posteriores vencen el primer día del mes en que se realiza el pago. Si el pago mensual se realiza en la fecha de vencimiento o antes, la cobertura del Plan seguirá en vigor durante ese mes sin ninguna interrupción. El pago de la COBRA se considerará hecho en la fecha del envío del correo postal (con sello del correo).

Si el pago no se realiza antes de la fecha de vencimiento más un período de gracia, la cobertura del Plan finalizará. Una vez que la continuación de cobertura según la COBRA finaliza, no se puede reactivar.

6. Períodos de gracia para pagos de la COBRA

Si bien los pagos de la COBRA vencen el primer día del mes, se proporciona un período de gracia de 30 días para realizar cada pago. El período de gracia no se aplica al primer pago de la COBRA, que vence a los 45 días de elegir la continuación de cobertura según la COBRA, como se indicó anteriormente. La continuación de cobertura según la COBRA se brinda de forma mensual, siempre que el pago de ese mes se realice antes de que finalice el período de gracia. Si no se realiza el pago dentro del período de gracia de 30 días, finalizará la continuación de cobertura según la COBRA conforme al Plan. No obstante, si un pago mensual se realiza después del primer día del mes al que corresponde, pero antes del final del período de gracia del mes, y la persona envía un reclamo en ese período, es posible que dicha persona reciba una explicación de beneficios en la que se indique que no se puede tomar una determinación debido a que hay un pago de la COBRA pendiente. Esto significa que, a menos que en el Plan se reciba el pago de la COBRA, no se pagarán los beneficios.

7. Pérdida de los Dependientes de la continuación de cobertura según la COBRA

El período de continuación de cobertura según la COBRA de un Dependiente puede finalizar o reducirse antes de los 36 meses en los siguientes casos:

- El Dependiente no realiza el pago mensual requerido antes de la fecha de vencimiento requerida más el período de gracia.
- El Plan o el Fideicomiso finalizan.
- El Dependiente obtiene cobertura de otro plan de atención de salud de grupo después de la fecha de elección de la continuación de cobertura según la COBRA.

- El Dependiente cancela voluntariamente la cobertura.
- El Dependiente pasa a tener derecho a acceder a Medicare después de la fecha en que elige la continuación de cobertura según la COBRA por primera vez.

Una vez que la cobertura según la COBRA haya finalizado independientemente del motivo, no se reactivará.

Si la continuación de cobertura según la COBRA finaliza antes del período de 36 meses, a través del Plan, se informará a los Dependientes mediante un aviso de finalización de que la cobertura ha terminado y el motivo por el cual esto sucedió. A través del Plan, se enviará la notificación de finalización tan pronto como sea posible después de que el Plan determine que finalizará la continuación de cobertura según la COBRA.

Si tiene preguntas sobre la COBRA, comuníquese con Retiree Health Care Connect.

B. PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD CONFORME A LA HIPAA

1. Privacidad y seguridad de la información

El Plan cumple con los requisitos establecidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 y la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH) acerca de la protección de la privacidad y la seguridad de su información de salud. Para comprender mejor cuáles son sus derechos en virtud de la HIPAA y cómo se utiliza su información de salud personal cuando se les brinda cobertura de seguro de salud a Usted y a otras personas a través del Plan, lea la versión más reciente del Aviso de prácticas de privacidad del Plan (Aviso). Usted tiene que haber recibido una copia de este Aviso junto con esta SPD si es nuevo en el Plan o en los últimos años si ya era miembro. Si quiere obtener una nueva copia, puede hacer lo siguiente:

- (a) Ir a <http://www.uawtrust.org/documents> y descargarlo de allí.
- (b) Comunicarse con Retiree Health Care Connect y solicitar una copia.
- (c) Enviar una carta para solicitar una copia a esta dirección: Privacy Official, UAW Retiree Medical Benefits Trust, P.O. Box 14309, Detroit, MI 48214.

La obligación del Plan de proteger su información de salud comprende su información genética, conforme a lo establecido en la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA). En el Plan, su información genética recibirá el mismo tratamiento que la información de salud protegida y no se utilizará para fines de evaluación de riesgos (p. ej., no rechazaremos la cobertura ni aumentaremos las Contribuciones porque tenga una enfermedad hereditaria).

En el Plan, sus obligaciones en virtud de la HIPAA se toman en serio. La privacidad y la seguridad de su información son de crucial importancia cada vez que se utiliza o se entrega su información de salud protegida. En el Plan, también se exige que cada uno de sus proveedores de servicios (p. ej., Blue Cross Blue Shield of Michigan o Retiree Health Care Connect) y los Aseguradores que tengan acceso a su información de salud protegida la maneje con el mismo cuidado e interés que el Plan.

Si considera que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja al Plan, en la dirección que figura más arriba, a la atención del encargado de privacidad. También puede presentar una queja al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Las instrucciones para hacerlo se encuentran en el Aviso de prácticas de privacidad y también en línea, en <http://www.hhs.gov>.

2. Otros derechos en virtud de la HIPAA

Si desea obtener información adicional sobre sus derechos en virtud de la HIPAA, pueden brindarle ayuda en la oficina regional de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado, que es una división del Departamento de Trabajo de los EE. UU. Puede acceder a esta oficina visitando <http://www.askebsa.dol.gov> o llamando al 1-866-444-3272. También puede llamar a su Asegurador.

3. Leyes de privacidad fuera de los Estados Unidos

Además de la HIPAA, existen otras leyes que regulan el uso de sus datos personales. Al participar en el Plan, Usted acepta permitir el uso que se hace en el Plan de sus datos personales, según las limitaciones de la ley aplicable. Si bien a través del Plan se pueden brindarle servicios cuando se encuentra fuera de los Estados Unidos, en la medida en que sea coherente con los términos del Plan, las leyes de privacidad de datos fuera de los Estados Unidos no se aplican al Plan.

Por ejemplo, en la Unión Europea se emitió el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) que regula el uso de datos de las entidades que prestan servicios a personas cuyos datos se han recopilado dentro del Espacio Económico Europeo. Si Usted viaja o reside en el Espacio Económico Europeo y recibe tratamiento médico, visita el sitio web del Plan o interactúa o recibe beneficios en virtud del Plan de otro modo, el RGPD no se aplicará. Al participar en el Plan, Usted acepta que el uso de sus datos en el Plan se considerará conforme a las leyes, y presta su consentimiento de que las únicas limitaciones al uso de sus datos estarán relacionadas con las leyes de los EE. UU. Usted renuncia a todos y cada uno de los derechos y reclamos derivados de la recopilación, el almacenamiento o el uso de sus datos que pudieran corresponderle en virtud de la aplicación de cualquier ley o reglamento que no sea de los EE. UU.

C. LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

En general, conforme a la ley federal, los planes de salud grupales no restringirán los beneficios de internación en el hospital relacionados con el nacimiento para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas posteriores a un parto vaginal normal ni a menos de 96 horas posteriores a una cesárea. No obstante, por lo general, no se impide que el proveedor interviniente de la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, les dé el alta antes de las 48 horas (o las 96 horas, según corresponda). En ese caso, conforme a la ley federal, no se le puede exigir al proveedor que obtenga una autorización del plan para indicar una internación que exceda las 48 horas (o las 96 horas).

Si está inscrito en un plan HMO, es posible que con el Plan tenga beneficios adicionales requeridos por la ley estatal vigente.

D. INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL FIDEICOMISO Y LOS PLANES

1. Nombre del Fideicomiso

Al Fideicomiso se lo conoce como Fideicomiso de Beneficios Médicos para Jubilados del UAW.

2. Nombres de los Planes

Plan de beneficios médicos para jubilados de Chrysler del UAW

Plan de beneficios médicos para jubilados de Ford del UAW

Plan de beneficios médicos de jubilados de GM del UAW

3. El Comité del Fideicomiso de Beneficios Médicos para Jubilados del UAW (Comité)

El Comité es responsable de las operaciones del Fideicomiso y los Planes. Está compuesto por seis miembros independientes y cinco miembros elegidos por el UAW.

Toda la correspondencia dirigida al Comité o a alguno de sus miembros debe enviarse a la siguiente dirección: UAW Retiree Medical Benefits Trust, P.O. Box 14309, Detroit, MI 48214.

4. Fideicomitente

El fideicomitente es State Street Bank. Dirección: State Street Bank and Trust Company, 200 Newport Ave., JQB7S, North Quincy, MA 02172

5. Patrocinador del Plan, administrador del Plan y fiduciario designado

El Comité actúa como patrocinador y administrador del Plan en nombre de la Asociación de Beneficiarios de Empleados Jubilados de Chrysler del UAW, la Asociación de Beneficiarios de Empleados Jubilados de Ford del UAW y la Asociación de Beneficiarios de Empleados Jubilados de GM del UAW. El Comité también actúa como el fiduciario designado de los Planes. El Comité ha delegado la responsabilidad administrativa del manejo diario del Plan a su director ejecutivo, los proveedores de servicios, los Aseguradores, el personal de Fideicomiso y Retiree Health Care Connect. En la sección XI se brinda la información de contacto del Comité.

6. Números de identificación

El número de identificación del empleador (EIN) asignado al Comité por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) es 90-0424876. Los números de planes (PN) asignados a estos Planes por el Comité son los siguientes:

Plan de beneficios médicos para jubilados de Ford del UAW: 502

Plan de beneficios médicos para jubilados de Chrysler del UAW: 503

Plan de beneficios médicos de jubilados de GM del UAW: 504

7. Agente de recepción de notificaciones de acciones legales

Las notificaciones de acciones legales pueden enviarse al administrador del Plan a la siguiente dirección: Plan Administrator, UAW Retiree Medical Benefits Trust, P.O. Box 14309, Detroit, Michigan 48214.

8. Prioridad de los Documentos de los Planes

El objetivo de esta SPD es brindar una descripción sencilla de sus beneficios. En caso de conflicto o discrepancias entre esta SPD y el Documento del Plan, regirá el Documento del Plan. Si hay algún conflicto o discrepancia entre esta SPD y cualquier Lista de beneficios, Carta con los aspectos destacados de los beneficios, Resumen de beneficios de atención de salud o Resúmenes de modificaciones importantes, regirán la Lista de beneficios, la Carta con los aspectos destacados de los beneficios o el Resumen de modificaciones importantes. Si existe algún conflicto o discrepancia entre esta SPD y el Certificado o Evidencia de cobertura correspondientes o las comunicaciones informales al Inscrito, regirá esta SPD. La falta de mención en un Certificado o Evidencia de cobertura, esta SPD u otro documento rector sobre un tema determinado no es un conflicto o discrepancia.

Los Documentos de los Planes se pueden obtener en <https://www.uawtrust.org/documents>.

9. Fuente de Contribuciones

Los beneficios del Plan que se describen en este cuadernillo se brindan a través de un Fideicomiso de asociaciones de beneficiarios voluntarios de empleados que se financia con contribuciones conforme al acuerdo de Fideicomiso y a los Acuerdos conciliatorios aprobados por el tribunal entre las Compañías automotrices y el UAW.

El Comité, en nombre de tres asociaciones de beneficiarios de empleados (EBA), EBA de jubilados de Chrysler, EBA de jubilados de Ford y EBA de jubilados de GM, ha creado tres cuentas separadas para jubilados. Cada una de ellas es una cuenta exclusiva que se utilizará con el único propósito de financiar los beneficios para los Jubilados y sus Dependientes que cumplen con los requisitos en la EBA respectiva y cubrir los gastos de esa cuenta. Si bien los activos del Fideicomiso se agrupan con fines administrativos y de inversión, los activos atribuibles a cualquier cuenta de jubilado diferente no pueden compensar los pasivos ni cubrir los gastos atribuibles a ninguna otra cuenta de jubilado.

Es posible que se requieran Contribuciones de los Jubilados y Dependientes supervivientes para que puedan participar en el Plan. Los beneficios son autofinanciados y pagados con los activos del Fideicomiso, o están totalmente asegurados y se pagan conforme a una póliza de seguro entre el Fideicomiso y un Asegurador.

10. Administración

Salvo cuando se proporcionen a través de un plan HMO, MA o MA-PD, los beneficios del Plan son administrados por Aseguradores en virtud de un acuerdo de servicios administrativos celebrado con el Fideicomiso. Los planes HMO y MA son administrados por Aseguradores. Los planes HMO, MA y MA-PD están totalmente asegurados. Los demás planes son autofinanciados.

11. Fondo fiduciario

El Comité mantiene todos los activos en fideicomiso con el fin de brindar beneficios a los Inscritos y cubrir los gastos administrativos razonables.

12. Tipo de Plan

Este Plan se mantiene para brindar cobertura hospitalaria, quirúrgica, médica y de medicamentos con receta, y en algunos casos, otra cobertura para Inscritos primarios y Dependientes que reúnen los requisitos. El Fideicomiso es un fondo de beneficios para la salud de los empleados exento de impuestos, denominado, conforme a la sección 501(c) (9) del Código de Impuestos Internos, y sus enmiendas, como una Asociación Voluntaria de Beneficiarios de Empleados (VEBA). En esta SPD se describen los beneficios del Fideicomiso y, en la Lista de beneficios, se brindan detalles adicionales.

13. Año del Plan

El año del Plan y el año de beneficios del Fideicomiso son años calendario que van del 1.º de enero al 31 de diciembre. Los registros relacionados con los beneficios se mantienen por año calendario.

14. Modificación del Plan o finalización del Fideicomiso

El Comité puede finalizar el Plan de beneficios médicos de jubilados de Chrysler del UAW, el Plan de beneficios médicos de jubilados de Ford del UAW o el Plan de beneficios médicos de jubilados de GM del UAW, según lo dispuesto en los Acuerdos conciliatorios y el Acuerdo de Fideicomiso. Si finaliza el Plan de beneficios médicos de jubilados de Chrysler del UAW, el Plan de beneficios médicos de jubilados de Ford del UAW o el Plan de beneficios médicos de jubilados de GM del UAW, los jubilados que reciben beneficios a través de ese plan ya no cumplirán con los requisitos para la cobertura del Fideicomiso.

15. Cambio en las reglas de cumplimiento de los requisitos del Fideicomiso

El Comité tiene la facultad de cambiar o modificar las reglas de cumplimiento de los requisitos, los beneficios que se describen en este documento y cualquier otra disposición del Fideicomiso de conformidad con el Documento del Plan, según lo determine necesario, a su entera discreción. Usted recibirá notificación por escrito de cualquier cambio que se realice en el programa de beneficios. Ninguno de estos beneficios es adquirido.

16. Derecho a consultar sobre un empleador en particular

Los Participantes tienen derecho a hacer consultas al Fideicomiso, para lo cual deben escribirle al administrador del Plan a la siguiente dirección: Plan Administrator, UAW Retiree Medical Benefits Trust, P.O. Box 14309, Detroit, MI 48214, para preguntar si un determinado empleador tiene jubilados en el Fideicomiso. Ningún empleador es patrocinador activo del Fideicomiso ni de los Planes. El Fideicomiso es el patrocinador de los Planes.

17. Derecho del Plan a pedir el reintegro de un sobrepago

Los pagos se realizan de conformidad con las disposiciones del Plan. Si se determina que se efectuó un pago por un cargo que no reunía los requisitos o cuando otro asegurador se consideraba primario, existe el derecho a pedir el reintegro del sobrepago efectuado a través del Plan. A través del Plan, o su Asegurador, se intentará cobrar el sobrepago al tercero que lo recibió. No obstante, el Plan se reserva el derecho a procurar el reintegro del sobrepago de un Inscrito. Además, si las iniciativas de pedido de reintegro no prosperan, el Plan tiene derecho a contratar a una agencia de cobro externa para que pida el reintegro de los sobrepagos en su nombre. El Plan también podrá presentar una demanda para exigir el cumplimiento de sus derechos de pedir reintegros de sobrepagos.

Si el sobrepago se realiza a un Proveedor dentro de la red, a través del Plan o del Asegurador es posible que se reduzcan o denieguen beneficios, de acuerdo al monto del sobrepago, que de otro modo estarían cubiertos por reclamos actuales o futuros con el Proveedor dentro de la red en nombre de cualquier miembro o sus Dependientes. El Asegurador puede compensar los pagos al Proveedor dentro de la red que se abonaron con sobreprecio.

18. Prioridad de leyes estatales

Con respecto a cualquier beneficio autoasegurado conforme al Plan, las leyes estatales no tienen prioridad. Esto significa que no se aplicará ningún beneficio o diseño de beneficio basado en una ley estatal. En los casos en que se deba aplicar la ley estatal a estos beneficios, regirán las leyes del estado de Michigan.

19. Cheques sin cobrar emitidos a los Inscritos

Un Inscrito que haya recibido un cheque del Asegurador o de otra entidad, como el administrador de cumplimiento de requisitos, debe cobrarlo de inmediato en nombre del Plan. En cualquier caso, en algún momento ese cheque dejará de ser válido. Debe comunicarse con el Asegurador o la entidad emisora del cheque para determinar su vencimiento.

20. Interpretación del Plan

El Comité y sus delegados tendrán la facultad de interpretar esta SPD, los procedimientos y reglamentos del Plan, y otros documentos del Plan, incluidas las disposiciones ambiguas. La interpretación del Comité será vinculante para todas las partes involucradas en el presente documento. Las decisiones del Comité tendrán deferencia judicial en cualquier procedimiento relacionado con los beneficios de este Plan, a menos que un tribunal de revisión determine que son arbitrarias o caprichosas.

E. SUS DERECHOS EN VIRTUD DE LA ERISA

Como participante del Fideicomiso, Usted goza de ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA) de 1974 y sus enmiendas. La ERISA establece que todos los Inscritos gozan de los derechos que se describen en esta sección.

1. Recibir información sobre su Plan y sus beneficios

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Revisar, sin cargo, en la oficina del Fideicomiso y en otros lugares especificados, todos los documentos que regulan el Fideicomiso. Estos documentos incluyen los contratos de seguro y una copia del último informe anual (formulario serie 5500) presentado por el Plan al Departamento de Trabajo de los EE. UU., que se encuentra disponible en la Sala de Declaraciones Públicas de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.
- Obtener copias de los documentos que regulan las operaciones del Plan, mediante solicitud escrita al administrador del Plan. Estos documentos incluyen contratos de seguro, convenios colectivos de trabajo y copias del último informe anual (formulario serie 5500) y la SPD o el Documento del Plan actualizados. 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 tiene la obligación por ley de entregar a cada Inscrito primario una copia de este informe anual resumido.

2. Continuar con la cobertura del Plan de salud de grupo

También tendrá derecho a lo siguiente:

- La continuación de la cobertura de atención de salud para Usted, su Cónyuge, su Pareja doméstica del mismo sexo o sus Dependientes en caso de pérdida de cobertura en virtud del Plan por un hecho habilitante. Es posible que sus Dependientes tengan que pagar esa cobertura. Consulte esta SPD o el Documento del Plan y otros documentos que regulan el Plan para obtener información sobre las normas en materia de derechos de continuación de cobertura según la COBRA.
- Reducir o eliminar los períodos de exclusión de cobertura por afecciones preexistentes conforme al plan de salud de grupo, si tiene cobertura acreditable de otro plan. Debe recibir un Certificado de cobertura acreditable, sin costo alguno, por parte de su plan de salud de grupo o emisor de seguro médico en los siguientes casos:
 - pierde la cobertura del Plan;
 - cumple con los requisitos para elegir la continuación de cobertura según la COBRA; o
 - la continuación de su cobertura según la COBRA finaliza.

Debe solicitar el Certificado de cobertura acreditable antes de quedarse sin cobertura, o dentro de los 24 meses posteriores a haberla perdido.

3. Acciones prudentes de los fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los Inscritos, la ERISA impone obligaciones a las personas responsables de las operaciones del Plan. Las personas que manejan su Plan, llamados “fiduciarios” del Plan, tienen la obligación de hacerlo con prudencia y en beneficio suyo y de los demás Inscritos y beneficiarios. Nadie, ni siquiera el Fideicomiso ni otra persona, podrá discriminarlo de manera alguna que impida que Usted obtenga un beneficio de salud o ejerza sus derechos en virtud de la ERISA.

4. Ejercicio de sus derechos

Si se rechaza o ignora su reclamo sobre un beneficio de salud en forma total o parcial, Usted tiene derecho a saber los motivos, obtener copias sin cargo de los documentos relacionados con esta decisión y apelar el rechazo, todo esto dentro de los plazos correspondientes.

Conforme a la ERISA, hay pasos que Usted puede seguir para ejercer sus derechos antes mencionados. No obstante, no podrá entablar una acción legal, incluidos procedimientos ante agencias administrativas, hasta que no haya seguido y agotado los procedimientos de reclamos y apelaciones del Plan. Por ejemplo, si Usted solicita una copia de la SPD, el Documento del plan o el último informe anual del Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En este caso, el tribunal puede exigir al administrador del Plan que le entregue los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que Usted los reciba, a menos que no hayan sido enviados por motivos ajenos al control del administrador del Plan.

Si se rechazó o ignoró un reclamo de beneficios en forma total o parcial, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión o la falta de decisión del Plan sobre el estado calificado de una orden de apoyo médico infantil, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. Si sucede que los fiduciarios del Plan hacen uso indebido del dinero del Plan, o si se lo discrimina a Usted por ejercer sus derechos, puede procurar la asistencia del Departamento de Trabajo de los EE. UU., o bien puede presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios legales. Si prospera la demanda, el tribunal puede ordenar el pago de estas costas y honorarios al demandado. En caso contrario, el tribunal puede ordenarle a Usted el pago de estas costas y honorarios, por ejemplo, si resuelve que su reclamo carece de fundamentos.

5. Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta acerca del Plan, debe comunicarse con el administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de la ERISA, o si necesita asistencia para obtener los documentos por parte del administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU.

También puede comunicarse con la oficina nacional de la EBSA, cuyos datos se encuentran a continuación:

Division of Technical Assistance and Inquiries
Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue N.W.
Washington, D.C. 20210
866-444-3272

También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de la ERISA o una lista de las oficinas de la EBSA en el sitio web <http://www.dol.gov/ebsa>.

F. PROHIBICIÓN DE REPRESALIAS

A través del Plan no se tomarán medidas ni se lo discriminará a Usted ni a sus Dependientes por denunciar o intentar denunciar una respuesta a una consulta o un procedimiento de un tribunal de jurisdicción competente o agencia gubernamental.

Usted o sus Dependientes deben presentar denuncias con honestidad y de buena fe. Si Usted o su Dependiente creen que el Plan ha infringido alguna ley o política interna del Plan, pero no quieren que se sepa su identidad como fuente del reclamo, pueden llamar a la línea directa de cumplimiento (ComplianceLine) al 1-888-250-6617. En el Plan se investigarán todas las consultas.

G. COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD

Usted tiene derecho a rechazar la cobertura del Plan y buscar cobertura en los mercados de seguros de salud individuales, según se establece en la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible. A través del Plan tampoco se realizarán aportes a su cobertura en ninguno de estos planes.

H. DERECHOS DE NO DISCRIMINACIÓN

El Fideicomiso de Beneficios Médicos de Jubilados del UAW (“Fideicomiso”) cumple con las leyes federales de derechos civiles pertinentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. El Fideicomiso no excluye a personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

El Fideicomiso realiza lo siguiente:

- Brinda los siguientes recursos y servicios gratuitos para que las personas con discapacidad puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros:
 - intérpretes de lengua de seña calificados (a través de retransmisión de video);
 - información escrita en otros formatos (letra grande, otros formatos).

- Brinda los siguientes servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita ayuda, comuníquese con Retiree Health Care Connect al 866-637-7555 (TTY 800-325-0778).

Si cree que el Fideicomiso no le brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a la siguiente dirección: Compliance Department, UAW Retiree Medical Benefits Trust, P.O. Box 14309, Detroit, MI 48214. Puede presentar una queja por correo o por fax al 313-324-5850. Si necesita ayuda para presentar una queja, el personal del Departamento de Cumplimiento del Fideicomiso hará todo lo posible por ayudarlo. También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a través de su portal para quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; o por teléfono al 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD). Hay formularios de queja disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

[English]

Tagline: If you need help or answers in this language or another, please call Retiree Health Care Connect at 866-637-7555. You can receive assistance there and ask questions, without cost, in this language and many others.

[Español]

Si necesita ayuda o respuestas en este u otro idioma, llame a Retiree Health Care Connect al 866-637-7555. Allí le brindarán asistencia y podrá hacer preguntas, sin costo, en este idioma y en muchos más.

[中文]

如果 需要我們以本語言或其他語言提供協助或答案，請致電 866-637-7555 與 Retiree Health Care Connect 聯絡。 可透過撥打此電話號碼免費以本語言及其他許多語言取得協助和提問。

[Tiếng Việt]

Nếu quý vị cần hỗ trợ hoặc cần được giải đáp thắc mắc bằng ngôn ngữ này hoặc ngôn ngữ khác, vui lòng gọi Retiree Health Care Connect theo số 866-637-7555. Quý vị có thể nhận được trợ giúp qua đường dây đó và đưa ra các thắc mắc mà không mất phí, bằng ngôn ngữ này và nhiều ngôn ngữ khác.

[한국어]

이 언어 또는 다른 언어로 도움 혹은 답변이 필요한 경우, Retiree Health Care Connect에 866-637-7555번으로 전화해 주십시오. 이곳에서 무료로 이 언어를 포함한 다른 여러 언어로 도움을 받고 질문을 물어볼 수 있습니다.

[Tagalog]

Kung kailangan ninyo ng tulong o mga sagot sa wikang ito o sa isa pang wika, mangyaring tawagan ang Retiree Health Care Connect sa 866-637-7555. Makakatanggap kayo doon ng tulong at makakapagtanong nang walang babayaran, sa wikang ito at marami pang iba.

[Русский]

Если вы хотите, чтобы вам помогли или ответили на вопросы по-русски или на каком-то другом языке, позвоните в центр «Медицинское обслуживание пенсионеров» (Retiree Health Care Connect), телефон 866-637-7555. Вам бесплатно помогут и ответят на вопросы по-русски или на одном из многих других языков.

[Kreyòl Ayisyen]

Si ou bezwen asistans oswa repons nan lang sa a oswa yon lòt lang, tanpri rele Retiree Health Care Connect nan 866-637-7555. Ou kapab jwenn asistans la ak poze kesyon, gratis, nan lang sa a ak plizyè lòt lang.

[Português]

Se você precisar de ajuda ou respostas nesta língua ou em outra, ligue para Retiree Health Care Connect no número 866-637-7555. Lá é possível receber assistência e fazer perguntas, sem custos, nesta língua e em muitas outras.

[Français]

Si vous avez besoin d'aide ou de réponses dans cette langue ou dans une autre, veuillez communiquer avec Retiree Health Care Connect au (866) 637-7555. Vous pourrez recevoir de l'aide et poser des questions, sans frais, dans cette langue et dans plusieurs autres.

[Polski]

Jeśli potrzebujesz pomocy lub odpowiedzi na pytania w tym albo w innym języku, prosimy o kontakt telefoniczny z Retiree Health Care Connect pod numerem 866-637-7555. Pod tym numerem możesz otrzymać bezpłatną pomoc i zadać pytania w tym i w wielu innych językach.

[日本語]

この言語か別の言語でご支援が必要な場合、またはご質問がある場合はRetiree Health Care Connect（電話番号：866-637-7555）までお問い合わせください。ここから、無料のご支援やお問い合わせにこの言語や他の言語で対応しています。

[Italiano]

Se ha bisogno di aiuto o di risposte in questa lingua o in un'altra, la preghiamo di chiamare Retiree Salute Care Connect al numero 866-637-7555. Lì può ricevere assistenza e fare domande, senza alcun costo, in questa lingua e in molte altre.

[Deutsch]

Falls Sie Hilfe oder Antworten in dieser oder einer anderen Sprache benötigen, rufen Sie bitte Retiree Health Care Connect unter 866-637-7555 an. Sie können dort in dieser und vielen anderen Sprachen kostenlose Unterstützung erhalten und Fragen stellen.

[اللغة العربية]

إذا أردت المساعدة أو الحصول على إجابات بهذه اللغة أو أية لغة أخرى، الرجاء الاتصال بمركز Retiree Health Care Connect على الرقم 866-637-7555. بإمكانك الحصول على المساعدة هناك وطرح أية أسئلة بدون أية رسوم، بهذه اللغة والعديد من اللغات الأخرى.

فارسی

اگر به کمک یا پاسخ هایی به این زبان یا زبان دیگری نیاز دارید، لطفاً با Retiree Health Care Connect به شماره 866-637-7555 تماس بگیرید. شما می توانید در آنجا به این زبان و بسیاری زبان های دیگر به طور رایگان کمک و راهنمایی دریافت کنید و سؤالاتی را پرسید.

XII. REFERENCIAS RÁPIDAS

A. DEFINICIONES

En esta sección, se incluyen las definiciones de términos importantes que se usan en toda esta SPD. Cuando estos términos aparecen en mayúsculas en este cuadernillo, tienen los significados que figuran a continuación.

Lesión causada por un accidente o Lesiones

Una lesión (p. ej., una fractura, torcedura, esguince, abrasión, contusión u otra afección) causada de manera inesperada o no intencional por una acción, un objeto o un agente químico. Puede ser consecuencia de un incidente traumático, como un golpe, o por diversos hechos tales como, entre otros, envenenamiento; sobredosis de medicamentos, ya sea accidental o intencional; reacción alérgica como consecuencia de un traumatismo, como picaduras de abejas o insectos; inhalación de humo, monóxido de carbono o gases; quemaduras; quemaduras por frío intenso o el sol; insolación; e intento de suicidio.

Monto permitido

El monto máximo que se pagará con el Plan por un servicio o medicamento cubierto específico, de acuerdo con ciertos estándares y consideraciones. Los Proveedores de la red o las Farmacias minoristas participantes han acordado aceptar este Monto permitido como pago total, aunque el cargo que facturen sea mayor.

Centro quirúrgico ambulatorio o ASC

Un centro, que puede estar relacionado, pero está separado de un Hospital, y que brinda servicios quirúrgicos ambulatorios a personas que no requieren hospitalización.

Representante autorizado

Una persona que puede actuar en nombre de un Inscrito para presentar un reclamo o una apelación en virtud del Plan. Las siguientes personas pueden ser reconocidas como Representante autorizado:

- Proveedor que presta tratamiento al Inscrito y que prescribe el tratamiento o servicio que es objeto de un Reclamo.
- Cónyuge.
- Hijo dependiente de 18 años o más.
- Padres o hermanos adultos.
- Representante dictaminado por un tribunal, p. ej., una persona con poder notarial para fines de atención médica, tutor legal o curador.
- Representante sindical para obtener beneficios.
- Otro adulto.

Compañía automotriz

Una de las siguientes compañías: Chrysler Group LLC (ahora llamada Stellantis), Ford Motor Company o General Motors Company y determinadas compañías y organizaciones afiliadas a ellas.

Asegurador

Una entidad que paga beneficios o administra un plan de cobertura conforme al Fideicomiso, que incluye, entre otros, un plan de Blue Cross Blue Shield, una compañía aseguradora comercial, una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), una organización de Medicare Advantage (MAO), una organización de proveedores preferidos (PPO), un administrador de beneficios de farmacia (PBM) o un proveedor de servicios administrativos.

Un Asegurador celebra contratos con diversos tipos de Proveedores que se comprometen a aceptar el Monto permitido como pago total de los servicios cubiertos provistos por el Proveedor. Dichos proveedores son llamados Proveedores de la red.

Programa de Administración de Casos

Este es un Programa de Administración de Casos para que todos los Inscritos obtengan la ayuda que necesitan cuando están enfermos. El Asegurador, en representación del Plan, ofrece servicios a través de los cuales, un enfermero administrador de casos u otro profesional de la salud lo ayuda a recibir la atención adecuada, tener una mejor salud y reducir la atención innecesaria o no deseada. El Programa de Administración de Casos no reemplaza ni invalida el asesoramiento del médico, sino que proporciona ayuda mientras Usted recorre el sistema de salud. Cuando Usted participa en el Programa de Administración de Casos, un enfermero u otro profesional de la salud revisa sus necesidades de atención de salud, lo ayuda a entender sus opciones y coordina los servicios para que alcance sus metas de atención de salud. Los servicios de este programa pueden ser necesarios para obtener determinados servicios, como trasplantes, u otra atención compleja.

Coseguro

La proporción de los costos de un servicio médico que le corresponde al Inscrito, calculado como un porcentaje (p. ej., el 10 %) del Monto permitido por el servicio que se le paga al Proveedor. El Coseguro se aplica después de que se haya alcanzado el Deducible, hasta que se llegue a un Desembolso máximo.

Comité

El Comité del Fideicomiso de Beneficios Médicos de Jubilados del UAW, que fue formado según los acuerdos conciliatorios aprobados por un tribunal entre las Compañías automotrices y el UAW. El Comité actúa en nombre de la Asociación de Beneficiarios de Empleados (EBA) de cada compañía automotriz en lo relativo a la cobertura médica para jubilados. Cada EBA, a través del Comité, ha establecido y mantiene un plan de beneficios de bienestar para empleados diferente, conocido como el Plan de beneficios médicos de jubilados de Chrysler del UAW, el Plan de beneficios médicos de jubilados de Ford del UAW y el Plan de beneficios médicos de jubilados de GM del UAW, denominados de forma conjunta o individual, según corresponda, el “Plan”.

Contribuciones

El monto mensual que debe pagar para tener cobertura para Usted y sus Dependientes en virtud del Plan. En general, las Contribuciones requeridas serán deducidas del pago de la jubilación, mediante débito directo (de su banco), o se le facturarán directamente a Usted. Si no paga las Contribuciones mensuales requeridas, Usted y sus Dependientes perderán la cobertura al final del último mes para el que se hicieron Contribuciones.

Copago

Un monto fijo que debe pagar por ciertos servicios, independientemente del estado de los Deducibles o Desembolsos máximos correspondientes. Dicho monto varía según el servicio. Para obtener más información, consulte la Lista de beneficios de su Plan.

Cuidado no médico, Atención domiciliaria o de mantenimiento

El tipo de atención, cuidado o servicio que, aunque lo indique un médico, tiene el objetivo principal de satisfacer las necesidades personales del Inscrito, o mantener un nivel funcional, en oposición a la atención o el servicio médico, quirúrgico o psiquiátrico específico para reducir la discapacidad en la medida que el servicio sea necesario a fin de permitir que el Inscrito viva sin dicha atención. El cuidado no médico, la Atención domiciliaria o de mantenimiento pueden ser provistos por personas sin habilidades o capacitación especiales. Pueden incluir, entre otros, ayuda para acostarse y levantarse de la cama, caminar, bañarse, vestirse, comer y tomar medicamentos; cuidados de una ostomía, higiene o cuidados por incontinencia; y el control de rutina de los signos vitales.

Deducible

Un monto que Usted debe pagar por servicios de atención de salud antes de que se comiencen a pagar dichos servicios a través del Plan. El deducible no se aplica a todos los servicios. Para obtener más información, consulte la Lista de beneficios de su Plan.

Dependiente

El Cónyuge, la Pareja doméstica del mismo sexo y los Hijos dependientes que reúnen los requisitos del Inscrito primario.

Hijo dependiente

En general, un hijo que el Inscrito primario puede desgravar en la declaración del impuesto a la renta federal. Para acceder a la cobertura a través del Plan, el hijo debe reunir los requisitos de la sección I de esta SPD.

Plan de exención grupal patrocinado por el sindicato y el empleador (EGWP)

El plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D patrocinado por el Fideicomiso para sus inscritos en Medicare y los Dependientes con Medicare. El nombre viene de una exención que CMS le ha otorgado al Fideicomiso para que ofrezca este plan de la Parte D.

Inscrito

Cada Jubilado u otro Inscrito primario y cada uno de sus Dependientes que cumplen los requisitos, si los hubiere, inscritos en la cobertura del Plan.

Experimental o de Investigación

Un servicio, suministro, dispositivo o medicamento que reúne cualquiera de las siguientes condiciones, según lo determinado por el Asegurador correspondiente:

- El servicio, suministro, dispositivo o medicamento está descrito como una alternativa a terapias más convencionales en los protocolos o el documento de consentimiento informado del Proveedor que presta el servicio o que receta el suministro.
- El servicio, suministro, dispositivo o medicamento indicados solo se puede proporcionar con la aprobación de una Junta de Revisión Institucional según lo definido por la ley federal.
- Falta bibliografía médica o científica autorizada sobre el tema.
- Una cantidad considerable de publicaciones médicas o científicas autorizadas publicadas en los Estados Unidos indica que los expertos médicos o científicos clasifican dicho servicio, suministro, dispositivo o medicamento como Experimental o de Investigación, o indican que se precisa más investigación.
- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) no ha otorgado la aprobación del servicio, suministro, dispositivo o medicamento (si se exige esta aprobación).
- El servicio, suministro, dispositivo o medicamento supera el límite aprobado por la FDA.
- El servicio, suministro, dispositivo o medicamento está disponible únicamente mediante la participación en ensayos clínicos patrocinados por la FDA, el Instituto Nacional de Cáncer o los Institutos Nacionales de Salud.
- Si la FDA aprueba un servicio, suministro, dispositivo o medicamento, entonces el Asegurador no puede clasificar los como Experimental o de Investigación.

Formulario

Una lista de los medicamentos con receta cubiertos a través del Plan, divididos en niveles según el tipo de fabricante (de marca o genéricos). Es una lista de los medicamentos, las dosis, las concentraciones y las limitaciones de cobertura que corresponden a un Plan.

Centro independiente de terapia física para pacientes ambulatorios

Un centro, independiente de un Hospital, que brinda servicios de terapia física para pacientes ambulatorios. Para obtener beneficios dentro de la red por servicios recibidos en uno de estos centros, este debe tener un contrato con el Asegurador de su Plan.

Confinado en su hogar

El proveedor certifica que el Inscrito está confinado en el hogar o tiene problemas para salir de allí sin ayuda (como usar un bastón, una silla de ruedas, un andador o muletas; transporte especial o ayuda de otra persona) debido a una enfermedad o lesión. El Inscrito no tiene que estar postrado en cama para ser considerado como Confinado en su hogar.

Agencia de atención de salud en el hogar

Una agencia con administración central que brinda servicios de enfermería autorizados por médicos y otros servicios paramédicos a los Inscritos en su hogar. Para obtener beneficios dentro de la red por servicios recibidos de una Agencia de atención de salud en el hogar, esta debe tener un contrato con el Asegurador de su Plan.

Centro para enfermos terminales

Un programa de servicios médicos y no médicos que se ofrece a Inscritos con enfermedad terminal y a sus familias a través de agencias que administran y coordinan los servicios. Para obtener beneficios dentro de la red por servicios recibidos en un centro para enfermos terminales, el programa debe tener un contrato con el Asegurador del Plan.

Hospital

Un centro donde se brindan servicios terapéuticos y de diagnóstico para pacientes internados de manera continua para el diagnóstico, el tratamiento y la atención médicos, quirúrgicos o psiquiátricos de personas con enfermedades agudas o lesiones. Los servicios son prestados por personal profesional compuesto por médicos con licencia y otros profesionales de la salud, o bajo la supervisión de estos. En un Hospital hay enfermeros registrados que brindan servicios de enfermería continuos las 24 horas. Una institución de rehabilitación se considera un Hospital si está aprobada como tal, conforme a este Plan por el Asegurador correspondiente. Un Hospital debe reunir todos los requisitos de certificación y licencia locales y estatales vigentes y estar acreditado como Hospital por las autoridades o asociaciones médicas u hospitalarias estatales o nacionales. Para obtener beneficios dentro de la red por servicios recibidos en un Hospital, este debe tener un contrato con el Asegurador de su Plan.

Proveedor, Hospital, Centro, Clínica en un establecimiento minorista o SNF dentro de la red

Proveedor, Hospital, centro, Clínica en un establecimiento minorista o SNF que participa en los planes Traditional Care Network (TCN), Enhanced Care PPO (ECP) u otras redes que brindan cobertura del Plan, como HMO, MA-PD, Humana Commercial, MA (PPO y HMO).

A los Proveedores de la red también se los denomina proveedores participantes o proveedores del panel. Los Hospitales dentro de la red a veces se denominan Hospitales de la red. Cada Asegurador celebra contratos con los Proveedores, Hospitales, centros, Clínicas en un establecimiento minorista y SNF para conformar su propia red.

Emergencia médica

Una Emergencia médica es una afección grave o permanente que pone en peligro la salud o que incapacita, incluidas ciertas Lesiones causadas por un accidente, que requiere atención y tratamiento médicos inmediatos. La afección debe ser de una índole tal que una persona que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina pueda esperar razonablemente que, si un Inscrito no recibe tratamiento de inmediato, podría sufrir un daño significativo en sus funciones fisiológicas, un daño permanente en su salud, o bien su vida podría estar en riesgo. La existencia de una emergencia médica se debe confirmar a través de signos y síntomas que controla el Proveedor en el momento del tratamiento, y no del diagnóstico final.

Medicamento necesario (Necesidad médica)

Un servicio, suministro, dispositivo o medicamento que reúne todas las siguientes condiciones (según lo determinado por el Asegurador correspondiente):

- Es provisto por un Proveedor que está autorizado para prestarlo o indicarlo (o bajo su dirección).
- Es necesario según los estándares médicos generalmente aceptados en los EE. UU.
- Concuerda con los síntomas o el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión.
- No se brinda únicamente para la conveniencia del Inscrito o del Proveedor.
- Es adecuado dada las circunstancias y la afección del Inscrito.
- Un suministro o nivel de servicio con una buena relación costo-beneficio que se le puede brindar de manera segura al Inscrito.
- Es seguro y eficaz para tratar la enfermedad o la lesión para la que se usa.
- No se considera Experimental ni de Investigación.

Proveedores de Medicare

Los Proveedores que son aprobados por CMS para tratar a individuos que reúnen los requisitos de Medicare y que aceptan el Monto permitido de Medicare como pago total. Aceptan asignaciones de pagos de Medicare facturándole directamente al programa de Medicare los servicios o artículos proporcionados.

Farmacia no participante o Farmacia minorista no participante

Una farmacia que no tiene contrato con el PBM para participar en la red de farmacias de este administrador.

Proveedor, Hospital, centro o SNF no participante

Un Proveedor, Hospital, centro o SNF que no tiene un acuerdo con un Asegurador relativo a una tarifa o método de pago en particular y no tiene contrato con los CMS para participar en Medicare. Si recibe servicios que no son de emergencia médica ni de atención de urgencia de un Proveedor, Hospital, centro o SNF no participante, es posible que sea responsable de los cargos facturados por la entidad, a menos que tenga otra cobertura fuera del Plan que cubra estos servicios.

Observación

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si un Inscrito debe ser internado en el Hospital o puede ser dado de alta. Un Inscrito puede estar en Observación durante más de un día. La atención durante la Observación debe ser indicada por un Proveedor u otro profesional de atención de salud autorizado por la ley estatal y los estatutos del personal del Hospital para admitir personas en el Hospital o solicitar pruebas ambulatorias.

Uso no indicado

Un uso no indicado en la etiqueta de un medicamento o dispositivo es un uso que no está incluido como indicación en la aprobación de la FDA.

Proveedor, Hospital, centro, Centro quirúrgico ambulatorio, Clínica en un establecimiento minorista, SNF o Proveedor de DME fuera de la red

Proveedor, Hospital, centro, Centro quirúrgico ambulatorio, Clínica en un establecimiento minorista, Centro de enfermería especializada o proveedor de equipo médico duradero no participante, pero que está dispuesto a aceptar el Monto permitido del Asegurador, en los planes Traditional Care Network (TCN), Enhanced Care PPO (ECP) u otras redes que brindan cobertura del plan, como Humana Commercial, HMO, planes MA y planes MA-PD. Cuando Usted usa un proveedor fuera de la red, generalmente es responsable de pagar el Deducible y el Coseguro fuera de la red que correspondan. A los Proveedores fuera de la red también se los denomina proveedores no participantes o que no son del panel. Los proveedores fuera de la red son específicos del Asegurador de cada Plan.

Desembolso máximo

Un límite en la cantidad que Usted paga durante un año por Deducibles y Coseguro. Después de alcanzarlo, el Plan pagará el 100 % de sus servicios cubiertos, pero debe pagar los Copagos correspondientes. Algunos costos compartidos (coseguro y Deducibles) de los Proveedores de la red se contabilizan para alcanzar el Desembolso máximo. Es posible que correspondan Desembolsos máximos diferentes para servicios de la red y fuera de la red. En general, los Copagos no se contabilizan como parte del Desembolso máximo del Plan.

Centro independiente para pacientes ambulatorios

Un centro, independiente de un Hospital, donde se brindan servicios para pacientes ambulatorios. Para obtener beneficios dentro de la red por servicios recibidos en un Centro independiente para pacientes ambulatorios, este debe tener un contrato con el Asegurador de su Plan.

Centro de tratamiento con internación parcial

Un centro donde se brinda un nivel de atención semirresidencial a Inscritos con trastornos de salud mental o por uso de sustancias que requieren un tratamiento intensivo, integral e interdisciplinario, coordinado en un entorno estructurado, pero durante menos tiempo que una internación a tiempo completo. El Inscrito recibe tratamiento durante más de cuatro horas por día y es posible que reciba servicios adicionales (p. ej., comidas, cama, recreación). Para obtener beneficios dentro de la red por servicios recibidos en un Centro de tratamiento con internación parcial, este debe tener un contrato con el Asegurador de su Plan.

Farmacia participante o Farmacia minorista participante

Una farmacia que tiene contrato con el PBM para participar en la red de farmacias de este administrador.

Proveedor, Hospital, centro o SNF participante

Un Proveedor, Hospital, centro o SNF que tiene un acuerdo con un Asegurador relacionado con a una tarifa o método de pago en particular y además puede tener un contrato con los CMS para participar en Medicare.

Plan

El Plan de beneficios médicos de jubilados de Chrysler del UAW, el Plan de beneficios médicos de jubilados de Ford del UAW y el Plan de beneficios médicos de jubilados de GM del UAW, según corresponda.

Autorización previa

Una decisión del Asegurador que generalmente debe tomarse antes de que Usted reciba el artículo, servicio o medicamento con receta, con respecto a si es Médicamente necesario y será un beneficio cubierto por el plan. La Autorización previa también puede denominarse aprobación previa.

Médico de atención primaria (PCP)

Un médico que se especializa en medicina familiar, medicina internista, obstetricia, ginecología, gerontología o pediatría, y que brinda atención definitiva al Inscrito en el punto de primer contacto y asume la responsabilidad continua de brindarle atención integral al Inscrito. Esta atención puede incluir atención crónica, preventiva o aguda de forma ambulatoria o con internación.

Inscrito primario

La persona que está inscrita en un Plan y cuyos Dependientes reúnen los requisitos de la cobertura debido a la inscripción de esta persona. El Inscrito primario puede ser un jubilado, un Cónyuge superviviente o una Pareja doméstica del mismo sexo superviviente.

Proveedor

Una persona (como un médico) o un centro (como un Hospital) que brinda servicios de atención de salud. Los Proveedores se consideran dentro de la red cuando han firmado un contrato con un Asegurador para aceptar el Monto permitido para un servicio como el pago total.

Centro residencial de tratamiento

Centro que brinda tratamiento para pacientes internados a un Inscrito con trastornos de salud mental o por uso de sustancias. Para obtener beneficios dentro de la red por servicios recibidos en un Centro residencial de tratamiento, este debe tener un contrato con el Asegurador de su Plan y estar preaprobado.

Clínica en un establecimiento minorista

Un establecimiento médico donde no se requiere cita previa, que suele estar ubicado en una farmacia o tienda minorista (como CVS, Walgreens o Target) donde enfermeros profesionales prestan atención y brindan asesoramiento sobre enfermedades y lesiones simples.

Jubilado

Un expleado de la compañía automotriz que cumple con los requisitos para recibir los beneficios conforme al Plan.

Retiree Health Care Connect

El proveedor de servicios contratado por el Fideicomiso para administrar las reglas de cumplimiento de requisitos del Fideicomiso y brindar servicios y apoyo a los miembros a través de un portal en línea y un centro de atención telefónica. Anteriormente, se lo conocía como el Centro de Cumplimiento de Requisitos para los Beneficios.

Pareja doméstica del mismo sexo

Una persona del mismo sexo que el sexo actual del Jubilado, y que tiene una relación sentimental estable y comparte una vida familiar con el Jubilado, y cumple con todas las pruebas de cumplimiento de requisitos para tener la cobertura a través del Plan como Pareja doméstica del mismo sexo.

Acuerdo conciliatorio

Los Acuerdos conciliatorios y el acuerdo mediante el cual se crea el Fideicomiso se pueden encontrar en el sitio web del Fideicomiso, <http://www.uawtrust.org/history>.

Centro de enfermería especializada o SNF

Un centro donde se proporciona atención para enfermedades de larga duración o atención de pacientes convalecientes con servicios continuos de enfermería y otros servicios de atención de salud prestados por un médico y un enfermero registrado, o bajo la supervisión de ellos. El centro puede funcionar de manera independiente o como parte de un Hospital general acreditado. Para obtener beneficios dentro de la red por servicios prestados en un Centro de enfermería especializada, este debe tener un contrato con el Asegurador para su Plan.

Especialista

Un médico que brinda servicios de atención de salud que van más allá del alcance de la atención primaria para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Estos médicos se dedican a las especialidades que no tratan los médicos de atención primaria, como cardiología, endocrinología, dermatología u ortopedia.

Cónyuge

Una persona del mismo sexo o del sexo opuesto casada con un Jubilado según las reglas del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Esto incluye a una persona casada conforme al derecho consuetudinario con un Jubilado, si la relación está reconocida por las reglas del IRS.

Fideicomiso

El Fideicomiso de Beneficios Médicos para Jubilados del UAW, dirigido por el Comité de conformidad con los términos de los acuerdos conciliatorios aprobados por un tribunal entre el UAW y Chrysler Group LLC, Ford Motor Company y General Motors Company, según las enmiendas posteriores del Comité. También es posible que se lo llame VEBA.

UAW

El Sindicato Internacional de Trabajadores del Automóvil, la Industria Aeroespacial y Herramientas Agrícolas de los Estados Unidos.

Estados Unidos (EE. UU.)

Los Estados Unidos abarcan todos los territorios que han solicitado y recibido categoría de estado como parte de los EE. UU. y todos los territorios que el Departamento de Estado de los EE. UU. ha determinado que son propiedad de los EE. UU., lo que incluye el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, las Islas Marianas del Norte, Samoa Americana y cualquier otro territorio determinado como tal.

Atención de urgencia

Atención necesaria para una enfermedad o lesión repentina que requiere atención médica de inmediato, pero que no pone en peligro la vida.

Centro de atención de urgencia

Un centro autorizado o que funciona legalmente como Centro de atención de urgencia donde se provee principalmente atención médica para episodios y emergencias menores, en el cual uno o más médicos, enfermeros y otros Proveedores de la salud están de guardia durante todo el horario de atención del centro. Un Centro de atención de urgencia suele contar con equipos de radiografías y laboratorio y un sistema de soporte vital.

VEBA

Una Asociación Voluntaria de Beneficiarios de Empleados que consiste en un fondo de beneficios de salud para empleados exento de impuestos y que se mantiene en fideicomiso para el beneficio de los participantes cubiertos.

Usted

La persona que es el Inscrito primario conforme al Plan. Se refiere al jubilado, un Cónyuge superviviente o una Pareja doméstica del mismo sexo superviviente.

B. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección postal del Fideicomiso	Plan Administrator UAW Retiree Medical Benefits Trust P.O. Box 14309 Detroit, MI 48214
---	---

Centros de atención telefónica

Retiree Health Care Connect	866-637-7555 http://www.uawtrust.org , siga el enlace en “Contact Us” (Contacto) para ir a Retiree Health Care Connect
Medicare Centros para Servicios de Medicare y Medicaid	800-MEDICARE (800-633-4227) TTY: 877-486-2048 https://www.medicare.gov
Administración del Seguro Social	800-772-1213 TTY: 800-325-0778 https://www.ssa.gov

XIII. ASEGURADORES

Los Aseguradores de todos los planes se enumeran a continuación. Si está inscrito en un plan HMO para miembros sin Medicare, MA HMO, MA-PD HMO o PPO, o plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D, su Certificado de cobertura o Evidencia de cobertura, que son documentos emitidos por el Asegurador, le proporcionan información adicional sobre sus beneficios y los términos de su plan. Debe acceder a su Certificado de cobertura o Evidencia de cobertura del sitio web del Fideicomiso en <http://www.uawtrust.org/documents>.

Traditional Care Network y cobertura de medicamentos con receta

Nombre del Asegurador del plan de salud	Consultas sobre reclamos	Apelaciones
<p>Blue Cross Blue Shield of Michigan (TCN)</p> <p>877-832-2829 http://www.bcbsm.com/uawtrust</p>	<p>UAW Auto Retiree Service Center P.O. Box 311088 Detroit, MI 48231</p>	<p>UAW Auto Retiree Appeals Unit – Mail Code 1620 Blue Cross Blue Shield of Michigan 600-Lafayette East Detroit, MI 48226</p>
<p>Blue Cross Blue Shield of Michigan (ECP)</p> <p>866-507-2850 http://www.bcbsm.com/uawtrust</p>	<p>UAW Auto Retiree Service Center P.O. Box 311088 Detroit, MI 48231</p>	<p>UAW Auto Retiree Appeals Unit – Mail Code 1620 Blue Cross Blue Shield of Michigan 600-Lafayette East Detroit, MI 48226</p>
<p>New Directions (Administrador de salud mental o por trastorno por uso de sustancias)</p> <p>877-228-3912 http://www.ndbh.com</p>	<p>UAW Auto Retiree Service Center P.O. Box 311088 Detroit, MI 48231</p>	<p>New Directions Behavioral Health ATTN: Appeals Coordinator P.O. Box 6729 Leawood, KS 66206</p>
<p>OptumRx (Administrador de medicamentos con receta [PBM] previo a Medicare)</p> <p>855-409-0219 https://retiree.uhc.com/uawtrustchoice</p>	<p>OptumRx Claims Department P.O. Box 29044 Hot Springs, AR 71903</p>	<p>OptumRx ATTN: Appeals Coordinator P.O. Box 2975 Mission, KS 66201</p>

Nombre del Asegurador del plan de salud	Consultas sobre reclamos	Apelaciones
<p>Plan de la Parte D OptumRx (Administrador de medicamentos con receta [PBM] de Medicare)</p> <p>855-409-0219 https://retiree.uhc.com/uawtrustchoice</p>	<p>OptumRx Claims Department P.O. Box 650287 Dallas, TX 75265-0287</p>	<p>OptumRx ATTN: Part D Appeals and Grievance Department P.O. Box 6106 MS CA124-0197 Cypress, CA 90630-0016</p>

Cobertura dental, de la vista y de la audición

Nombre del Asegurador del plan de salud	Consultas sobre reclamos	Apelaciones
<p>Delta Dental (Administrador de beneficios dentales)</p> <p>800-524-0149 http://www.deltadentalmi.com</p>	<p>Consultas sobre reclamos generales: Delta Dental P.O. Box 9089 Farmington Hills, MI 48333-9089</p> <p>Entregas de reclamos: Delta Dental P.O. Box 9085, Farmington Hills, Michigan 48333-9085</p>	<p>Dental Director Delta Dental P.O. Box 30416 Lansing, MI 48909-7916</p>
<p>Davis Vision (Administrador de servicios de la vista para GM, Chrysler y Ford)</p> <p>888-234-5164 http://www.davisvision.com</p>	<p>Vision Care Processing Unit P.O. Box 1525 Latham, NY 12110</p>	<p>Davis Vision Quality Assurance P.O. Box 791 Latham, NY 12110-0791</p>
<p>TruHearing (Administrador de beneficios de la audición)</p> <p>844-394-5420 https://www.truhearing.com/uawtrust</p>	<p>Consultas sobre reclamos</p> <p>844-394-5420</p> <p>TruHearing Attn: Grievance Team 12936 Frontrunner Blvd Ste 100 Draper UT 84020</p>	<p>Apelaciones</p> <p>844-394-5420</p> <p>TruHearing Attn: Grievance Team 12936 Frontrunner Blvd Ste 100 Draper UT 84020</p>

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare Advantage

Nombre del Asegurador del plan de salud	Consultas sobre reclamos	Apelaciones
<p>Blue Cross Blue Shield of Michigan (MAPD)</p> <p>888-322-5616 http://www.bcbsm.com/uawtrust</p>	<p>Reclamos médicos: Blue Cross Blue Shield of Michigan Imaging and Support Services P.O. Box 32593 Detroit, MI 48232-059</p> <p>Reclamos de medicamentos con receta: Optum Rx Claims Department P.O. Box 650687 Dallas, TX 75265-0287</p>	<p>Blue Cross Blue Shield of Michigan Grievances and Appeals Department P.O. Box 2627 Detroit, MI 48231-2627</p>
<p>UnitedHealthcare (MAPD)</p> <p>1-844-320-5021 retiree.uhc.com/UAWTrust</p>	<p>Consultas sobre reclamos: 1-844-320-5021</p> <p>UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770</p> <p>Reclamos de medicamentos con receta:</p> <p>Línea gratuita para consulta sobre reclamos: 1-844-320-5021</p> <p>UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770</p>	<p>Apelaciones médicas y por medicamentos con receta: 1-844-320-5021</p> <p>Apelaciones médicas: UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6106, MS CA124-0157, Cypress, CA 90630-0016</p> <p>Fax para apelaciones estándar solo de atención médica: 1-888-517-7113</p> <p>Fax para apelaciones rápidas o aceleradas solo para atención médica: 1-866-373-1081</p> <p>Medicamentos con receta: UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016</p> <p>Fax para apelaciones estándar de medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6294</p> <p>Fax para apelaciones rápidas o aceleradas de medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6296</p>

Organizaciones para el mantenimiento de la salud

Nombre del Asegurador del plan de salud	Consultas sobre reclamos	Apelaciones
<p>Blue Care Network Plan (HMO)</p> <p>800-222-5992 TTY: 711 http://www.bcbsm.com/uawtrust</p>	<p>BCN Advantage Blue Care Network 2311 Green Road- Mail Code A103 Ann Arbor, MI 48105 Tel.: 1-800-222-5992 TTY: 711 Fax: 1-866-364-0080</p>	<p>BCN Advantage Appeals and Grievance Unit Mail Code C248 20500 Civic Center Dr. Southfield, MI 48076 Tel.: 1-800-222-5992 TTY: 711 Fax: 1-866-522-7345</p>
<p>Blue Care Network Plan (HMO)</p> <p>800-222-5992 TTY: 711 http://www.bcbsm.com/uawtrust</p>	<p>HMO BCN Claims P.O. Box 68710 Grand Rapids, MI 49516-8710</p> <p>BCNA: BCN Advantage Blue Care Network P.O. Box 68753 Grand Rapids, MI 49516-8753</p>	<p>BCN: BCN Grievance and Appeals Unit P.O. Box 284 Southfield, MI 48037-0284 FAX: 866-522-7345</p> <p>BCN Advantage Appeals & Grievance Unit Mail Code H305 Blue Care Network P.O. Box 284 Southfield, MI 48037-9887 FAX: 866-522-7345</p>
<p>Green Shield (Plan de salud para Canadá)</p> <p>888-711-1119 http://www.greenshield.ca</p>	<p>Autoservicio con la cuenta de servicios en línea para miembros del Plan</p> <p>Envíe una consulta a través de www.greenshield.ca/en-ca/get-in-touch</p> <p>P.O. Box 1606 Windsor, ON N9A 6W1</p>	<p>P.O. Box 1606 Windsor, ON N9A 6W1 Attention: Supervisor [escribir tipo de reclamo en inglés] Department</p> <p>Customer.service@greenshield.ca</p>
<p>Health Alliance Plan (HMO)</p> <p>800-422-4641 (Commercial) 800-801-1770 (Medicare Advantage) http://www.hap.org</p>	<p>2850 W. Grand Blvd. Detroit, MI 48202 Attn: Claims</p>	<p>2850 W. Grand Blvd. Detroit, MI 48202 Attn: Manager of Grievance Department</p> <p>Los miembros también pueden presentar apelaciones por fax al 313-664-5866 o en persona en la sede de HAP ubicada en 2850 W. Grand Blvd. o en la sede Troy de HAP ubicada en 1414 E. Maple, Troy, MI 48083.</p>

Nombre del Asegurador del plan de salud	Consultas sobre reclamos	Apelaciones
<p>Humana (Previo a Medicare y con Medicare)</p> <p>800-758-5002 http://www.humana.com</p>	<p>Humana Claims P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512-4601</p>	<p>Grievance and Appeals P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546</p>
<p>Kaiser Permanente Northern California (HMO)</p> <p>800-464-4000 http://www.kp.org</p>	<p>Kaiser Foundation Health Plan Claims and Referrals Member Services P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 Tel.: 800-390-3510</p>	<p>Kaiser Foundation Health Plan Claims Appeal Department PO Box 23280 Oakland, CA 94623-0280 Fax: 1-510-625-6124 Servicios al Miembro: 800-464-4000</p>
<p>Kaiser Permanente Southern California (HMO)</p> <p>800-464-4000 http://www.kp.org</p>	<p>Kaiser Foundation Health Plan Claims and Referrals Member Services P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 Tel.: 800-390-3510</p>	<p>Kaiser Foundation Health Plan Special Services Department PO Box 7136 Pasadena, CA 91109-7136 Fax: 1-877-516-0906 Servicios al Miembro: 800-464-4000</p>
<p>Kaiser Permanente Northwest (HMO)</p> <p>800-813-2000 http://www.kp.org</p>	<p>Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest Claims Administration P.O. Box 370050 Denver, CO 80237-9998 Tel.: 866-441-1221</p>	<p>Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest Member Relations Department 500 NE Multnomah St. Suite 100 Portland, OR 97232-2099</p>
<p>Kaiser Permanente Georgia (HMO)</p> <p>404-261-2590 u 888-865-5813 http://www.kp.org</p>	<p>Kaiser Permanente Claims Administration P.O. Box 370010 Denver, CO 80237-9998 Tel.: 404-261-2825</p>	<p>Kaiser Permanente Appeals Department Nine Piedmont Center 3495-Piedmont Road, N.E. Atlanta, GA 30305-1736 Fax: 1-404-364-4743</p>
<p>Kaiser Permanente Colorado (HMO)</p> <p>800-382-4661 o 303-338-3800 http://www.kp.org</p>	<p>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 373150 Denver, CO 80237-3150</p>	<p>Kaiser Permanente Appeals Program P.O. Box 378066 Denver, CO 80237-8066 Fax: 1-866-466-4042</p>

Nombre del Asegurador del plan de salud	Consultas sobre reclamos	Apelaciones
<p>Kaiser Permanente Mid-Atlantic (HMO)</p> <p>301-468-6000 (área de DC) 800-777-7902 http://www.kp.org</p>	<p>Kaiser Permanente Claims Unit P.O. Box 371860 Denver, CO 80237-9998 Tel.: 800-777-7902</p>	<p>Kaiser Permanente of Georgia Member Relations Dept. 3495 Piedmont Road NE Building 9 Atlanta, GA 30305 Fax: 1-404-364-4743 Tel.: 800-777-7902</p>

UAW RETIREE
Medical Benefits Trust



Retiree Health Care Connect 866-637-7555
www.uawtrust.org